



# Trauerverarbeitung des prä- und perinatalen Kindstodes

Eine Interview- und Internetstudie

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften  
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina  
zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades einer  
Doktorin der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

genehmigte

Dissertation

von: Stefanie Ladewig  
aus: Hildesheim

1. Referent:	Prof. Dr. Wolfgang Schulz
2. Referent:	Prof. Dr. med. Gerhard Schmid-Ott
eingereicht am:	03.03.2010
mündliche Prüfung (Disputation) am:	19.05.2010
Druckjahr	2010

Für Jona

## Aufhebung

Sein Unglück  
Ausatmen können  
Tief ausatmen,  
so dass man wieder  
einatmen  
kann.

Und vielleicht auch  
Sein Unglück sagen können  
In Worten  
In wirklichen Worten,  
die zusammenhängen  
und Sinn haben  
und die man selbst noch  
verstehen kann  
und die vielleicht sogar  
irgendwer sonst versteht  
oder verstehen könnte  
und weinen können.

Das wäre schon  
Fast wieder  
Glück.

Erich Fried (1984)

## Danksagung

Ich möchte Frau Dr. med. Ulrike Fritsch danken, mir Mut gemacht zu haben, als ich mit dem Gedanken an die Dissertation schwanger ging. Auch meine Hebamme Christiane Schwarz wirkte in diesem Sinne und bahnte viele Kontakte an.

Für die technische Unterstützung möchte ich mich bei Torsten Mahnkopf und Björn Schulz bedanken.

Der fachliche Disput mit meiner Freundin Frau PD Dr. rer. nat. Meike Watzlawik und meiner geduldigen Kollegin Dipl.-Psych. Susanne Mühlhausen war das Salz in der Suppe.

Besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. phil. Wolfgang Schulz, der mir ein verlässlicher und toleranter Wegweiser, manchmal auch Leuchtturm in schwerer See war.

Für die Beurteilung dieser Arbeit danke ich Prof. Dr. med. Gerhard Schmid-Ott.

Ohne die Unterstützung meiner ältesten Tochter Valerie und meiner Mutter, die mir den Rücken in der Kinderbetreuung freihielten, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Hierzu hat auch mein Ehemann wesentlich beigetragen; darüber hinaus hat er mir mit seiner langen fachlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Erfahrung und seiner ausdauernden einfühlsamen Begleitung zur Seite gestanden.

## Zusammenfassung

Die folgende Untersuchung beschäftigt sich mit der Verarbeitung des Kindsverlustes vor, während und nach der Geburt. In einem persönlichen Interview und über das Medium Internet wurden betroffene Eltern befragt. An dem persönlichen Interview nahmen 6 Mütter und 5 Väter teil, an der Onlinebefragung nahmen 66 Mütter, aber nur 5 Väter teil. Anhand von Depressions- und Trauerwerten, die im persönlichen Interview mit der Münchner Trauerskala, dem Brief Symptom Inventory, dem Beck-Depressions-Inventar und dem Peritraumatic Distress Inventory und die in der Onlinebefragung mit der Münchner Trauerskala und einem selbst entwickelten Depressionsinventar erfasst wurden, konnten angenommene und bereits durch vorhergehende Studien bestätigte Einflussfaktoren auf den Trauerprozess untersucht werden.

In Anlehnung an britische Studien wurde vor allem überprüft, in wie weit das Ansehen des toten Kindes in der Abschiedssituation den weiteren Trauerprozess beeinflusst. Es zeigte sich, dass die Frauen, die ihr Kind gesehen hatten, sich nicht in den Depressions- und Trauerwerten von den Frauen unterschieden, die ihr Kind nicht gesehen hatten. Die überwiegende Mehrheit der Frauen, die ihr Kind gesehen haben, berichten außerdem von einer empfundenen Bereicherung durch das Ansehen des Kindes.

Die Ergebnisse der Studie unterstreichen die Notwendigkeit betroffene Eltern adäquat zu unterstützen. Dabei kommt vor allem der ergebnisoffenen Beratung im Hinblick auf die Entscheidung zum Ansehen des Kindes im Sinne einer empathischen Haltung eine große Bedeutung zu.

Aufgrund der häufig auftretenden Ängste in nachfolgenden Schwangerschaften sollte eine professionelle Begleitung von Müttern in erneuten Schwangerschaften nach einem prä- und perinatalen Kindsverlust erfolgen.

Für die professionellen Helfer stellt der Zusammenschluss zu einem interdisziplinären Team eine sinnvolle Möglichkeit dar, um den verschiedenen Aufgaben und Anforderungen in der Betreuung von betroffenen Eltern gerecht zu werden und den einzelnen Helfer gleichzeitig vor emotionaler Überlastung zu schützen.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	XI
Abbildungsverzeichnis.....	XV
1. Einleitung .....	1
2. Kindsverlust.....	3
2.1. Begriffsbestimmung.....	3
2.2. Prävalenz des prä- und perinatalen Kindsverlustes.....	4
3. Trauer nach einem Kindsverlust.....	6
3.1. Modell eines Trauerprozesses nach Kindsverlust .....	8
3.2. Neuere Modelle des Trauerprozesses im Allgemeinen .....	9
3.3. Differentialdiagnostik von Trauer: Die notwendige Unterscheidung von normaler und pathologischer Trauer.....	11
3.4. Unterscheidung von Trauer und Depression .....	14
3.5. Pathologische Trauer als eigenständiges Krankheitsbild .....	16
3.6. Pathologische Trauer und posttraumatische Belastungsstörung.....	20
3.7. Prolongierte Trauer als eigenständige Diagnosekategorie im DSM-V .....	22
4. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverlauf.....	25
5. Einfluss der Professionellen auf den Trauerverlauf nach Kindsverlust.....	28
6. Therapie nach Kindsverlust.....	33
6.1. Übersicht über Studien zur Behandlung nach Kindsverlust.....	33
6.2. Interventionsprogramme nach Kindsverlust .....	37
6.2.1. Prävention.....	37
6.2.2. Behandlung.....	37
6.2.3. Internetgestützte Psychotherapie .....	37
6.2.4. Geschlechterspezifische Programme .....	38
7. Das Ende von Trauer nach Kindsverlust.....	39
8. Neue Schwangerschaften und Auswirkungen auf nachfolgende Kinder .....	41
9. Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung.....	42
9.1. Allgemeine Einflussfaktoren .....	42
9.2. Das Ansehen des toten Kindes als Einflussfaktor auf den weiteren Trauerprozess .....	45
9.3. Fragestellungen.....	47
9.3.1. Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust .....	48
9.3.2. Einflussfaktoren auf Trauererleben und Depressivität .....	48

9.3.3.	Auswirkungen des Ansehens des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität.....	49
10.	Methode .....	50
10.1.	Untersuchungsdesign.....	50
	Exkurs: Mögliche Gründe für die geringe Teilnahme .....	51
10.2.	Stichprobenrekrutierung .....	52
10.2.1.	Rekrutierung der Klinikstichprobe .....	52
10.2.2.	Rekrutierung der Online-Stichprobe .....	54
10.3.	Stichprobenbeschreibung.....	54
10.3.1.	Beschreibung der Klinikstichprobe.....	54
10.3.2.	Beschreibung der Onlinestichprobe der Frauen .....	55
10.4.	Variablen und Erhebungsinstrumente .....	57
10.4.1.	Variablen und Erhebungsinstrumente der Klinikstichprobe.....	57
10.4.1.1.	Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods für Mütter/Väter .....	57
10.4.1.2.	Interviewleitfaden zur Verarbeitung des frühen Kindstods für Mütter/Väter .....	59
10.4.1.3.	Partnerschaftsfragebogen.....	60
10.4.1.4.	Münchener Trauerskala (siehe 10.4.2.2) .....	61
10.4.1.5.	Brief Symptom Inventory.....	61
10.4.1.6.	Beck-Depressions-Inventar.....	61
10.4.1.7.	Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen.....	61
10.4.2.	Variablen und Erhebungsinstrumente der Onlinestichprobe....	62
10.4.2.1.	Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods .....	62
10.4.2.2.	Münchener Trauerskala .....	65
10.4.2.3.	Depressionsinventar .....	67
10.5.	Datenauswertung .....	70
10.5.1.	Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust .....	70
10.5.2.	Einflussfaktoren auf Trauererleben und Depressivität .....	72
10.5.3.	Auswirkungen des Ansehens des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität.....	73
11.	Ergebnis.....	74
11.1.	Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust .....	74
11.1.1.	Wie sah die Schwangerschaft aus?.....	74
11.1.2.	Wie sahen die Geburtsumstände aus? .....	76
11.1.3.	Wie sah der Abschied von dem verstorbenen Kind aus? .....	77
11.1.4.	Wie sah die Unterstützung im Trauerprozess aus? .....	80
11.1.5.	Wie ist es mit weiteren Kindern?.....	82
11.1.6.	Wie gestaltet sich die Partnerschaft?.....	84



11.1.7. Besteht aktuell eine Schwangerschaft? .....	89
11.1.8. Wie stellt sich Belastung dar? .....	90
11.1.9. Wie sieht das Trauererleben aus und wie stellt es sich dar? ...	98
11.1.9.1. Depressive Symptomatik .....	98
11.1.9.2. Posttraumatische Belastungsstörung.....	102
11.1.9.3. Trauer .....	104
11.2. Welche Faktoren nehmen Einfluss auf Trauererleben und Depressivität?.....	109
11.2.1. Haben soziodemografische Daten, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsumstände, Belastung, Partnerschaft, soziale Unterstützung einen Einfluss auf Trauererleben und Depressivität?.....	109
11.2.2. Hilfen und Hindernisse im Trauerprozess.....	121
11.2.2.1. Was war im Trauerprozess hilfreich? .....	121
11.2.2.2. Wodurch wurde der Trauerprozess erschwert? ....	123
11.3. Auswirkungen des Ansehens des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität.....	124
11.3.1. Welche Bedeutung hat der eigene elterliche Wunsch, das Kind zu sehen/ nicht zu sehen auf Trauererleben und Depressivität?.....	127
11.3.2. Welche Bedeutung kommt der Entscheidungsmöglichkeit für bzw. gegen das Ansehen des Kindes zu im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität? .....	128
11.3.3. Welche Bedeutung kommt einer Beratung zu dieser Entscheidung zu im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität? .....	128
11.3.4. Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Ansehen des toten Kindes mit soziodemografischen Daten, Daten zum Schwangerschaftsverlauf und den Geburtsumständen, dem Gefühl von Abschied, Unterstützung im Trauerprozess, Belastung, Partnerschaft, Trauer, Depressivität? .....	130
12. Diskussion der Ergebnisse.....	144
12.1. Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust .....	144
12.1.1. Die Schwangerschaft.....	144
12.1.2. Geburtsumstände .....	145
12.1.3. Abschied von dem verstorbenen Kind .....	146
12.1.4. Unterstützung im Trauerprozess .....	147
12.1.5. Weitere Kinder.....	148
12.1.6. Partnerschaft .....	149
12.1.7. Darstellung der Belastung .....	151
12.1.8. Darstellung des Trauererlebens .....	152

12.2.	Einflussfaktoren auf Trauererleben und auf Depressivität .....	153
12.2.1.	Der Einfluss von soziodemografischen Daten, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsumständen, Belastung, Partnerschaft, sozialer Unterstützung auf Trauererleben und Depressivität .....	157
12.2.2.	Erlebte Hilfen und Hindernisse im Trauerprozess .....	158
12.3.	Die Auswirkungen des Ansehens des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität .....	159
12.3.1.	Zusammenhänge zwischen dem Ansehen des toten Kindes mit soziodemografischen Daten, Daten zum Schwangerschaftsverlauf und den Geburtsumständen, dem Gefühl von Abschied, Unterstützung im Trauerprozess, Belastung, Partnerschaft, Trauer, Depressivität .....	161
12.3.2.	Die Bedeutung des eigenen elterlichen Wunsches, das Kind zu sehen/ nicht zu sehen auf Trauererleben und Depressivität .....	162
12.3.3.	Die Bedeutung der Entscheidungsmöglichkeit für bzw. gegen das Ansehen des Kindes im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität.....	162
12.3.4.	Die Bedeutung einer Beratung zu dieser Entscheidung im Hinsicht auf Trauererleben und Depressivität .....	163
12.4.	Können die Ergebnisse der Studie von Hughes, Turton, Hopper und Evans repliziert werden? .....	164
12.5.	Konsequenzen für die Praxis.....	165
12.6.	Grenzen und methodische Probleme .....	166
12.7.	Weitere Forschung .....	168
12.8.	Fazit.....	169
	Literaturverzeichnis .....	170
	Anhang .....	185
1.	Klinikstichprobe .....	185
1.1.	Interview Mütter .....	185
1.2.	Fragebogen Mütter .....	191
1.3.	Interview Väter.....	195
1.4.	Fragebogen Väter.....	200
1.5.	Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen.....	204
2.	Onlinestichprobe.....	205
2.1.	Startseite der Onlineerhebung.....	205
2.2.	Internetfragebogen .....	207
2.3.	Münchener Trauerskala.....	217
2.4.	Depressionsinventar.....	219
3.	Anhang Väter .....	220

---

4.	Informationsschreiben an die Eltern zur Rekrutierung der Klinikstichprobe in der Medizinischen Hochschule Hannover.....	231
5.	Informationsschreiben an die Eltern zur Rekrutierung der Onlinestichprobe über die Kliniken .....	232
	Lebenslauf .....	233

# Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Modell eines Trauerprozesses (Horowitz et al., 1997, zitiert nach Kersting, 2007a).....	10
Tab. 2: Diagnostische Kriterien der Pathologischen Trauer (nach Kersting, 2007a).....	17
Tab. 3: Gegenüberstellung von Pathologischer Trauer und PTSD.....	20
Tab. 4: Ergebnisse der früheren Studien zu negativen Auswirkungen auf den Trauerverlauf.....	43
Tab. 5: Gegenüberstellung der beiden Stichproben .....	51
Tab. 6: Abstand zwischen Verlusttag und Erhebungstag in Monaten mit den dazugehörigen Auftretenshäufigkeiten.....	56
Tab. 7: Skalen, Innere Konsistenz, Faktorladungen der Münchner Trauerskala .....	66
Tab. 8: Zusatzitems der Münchner Trauerskala .....	67
Tab. 9: Items des Depressionsinventars .....	68
Tab. 10: Häufigkeiten der Antworten zur Schwangerschaft.....	75
Tab. 11: Häufigkeiten der Antworten zur Geburt .....	76
Tab. 12: Wechselwirkung zwischen den Variablen „War der Partner bei der Geburt anwesend?“ und „Hat das Kind gelebt?“ .....	77
Tab. 13: Häufigkeiten der Antworten zum Abschied.....	78
Tab. 14: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Haben Sie das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben?“ und „Ist das Kind nach Ihren Wünschen beerdigt worden?“ .....	79
Tab. 15: Häufigkeiten der Antworten zur Unterstützung im Trauerprozess .....	81
Tab. 16: Häufigkeiten der Antworten zu weiteren Kindern.....	82
Tab. 17: Häufigkeiten der Antworten zur Partnerschaft.....	84
Tab. 18: Mittelwerte (SD) der PFB-Skalen und des Gesamtwerts für die Gesamtstichprobe sowie nur für die Frauen und Mittelwerte der Normierungsstichprobe (KG = Kontrollgruppe, n=235; TG = Therapiegruppe, n=299).....	86
Tab. 19: PFB-Ergebnisse der Probanden im Vergleich zur Kontrollgruppe der Normierungsstichprobe des PFB .....	87
Tab. 20: PFB-Ergebnisse der Probanden im Vergleich zur Therapiegruppe der Normierungsstichprobe des PFB .....	88
Tab. 21: Häufigkeiten der Antworten zur aktuellen Schwangerschaft und der Einstellung dazu.....	89
Tab. 22: Häufigkeiten der Antworten zu Belastung.....	90
Tab. 23: Mittelwert, Maximum, Minimum und Standardabweichung der eigenen Gesamtstichprobe für die Skalenwerte und die 3 globalen Kennwerte .....	93
Tab. 24: Mittelwert, Maximum, Minimum und Standardabweichung der Frauen für die Skalenwerte und die 3 globalen Kennwerte.....	94

Tab. 25: Einordnung der globalen Kennwerte des BSI im Vergleich zur Erwachsenennormstichprobe des BSI .....	95
Tab. 26: Einordnung der Skalenwerte für die Gesamtstichprobe und die Frauen im Vergleich zur Erwachsenenennormstichprobe des BSI.....	96
Tab. 27: Anzahl psychisch belasteter Personen bezüglich der Skalen des BSI .....	97
Tab. 28: Einstufung der Probanden anhand der BSI-Kriterien als psychisch belastet .....	97
Tab. 29: Vergleich mit der Stichprobe der Depressiven des BDI.....	98
Tab. 30: Vergleich mit der Stichprobe der Gesunden des BDI .....	99
Tab. 31: Einschätzung der Stärke der Depression anhand der Summenwerte .....	99
Tab. 32: Klassifikation der Schwere der Depression nach BDI.....	100
Tab. 33: Items des Depressionsinventars mit Antworthäufigkeiten .....	100
Tab. 34: Klassifikation der Depression nach Depressionsinventar.....	102
Tab. 35: Mittelwerte (Minima, Maxima, SD) des PDI für die Gesamtstichprobe sowie Frauen und Männer getrennt .....	103
Tab. 36: Items des Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogens mit Antworthäufigkeiten .....	103
Tab. 37: Items der Münchner Trauerskala mit Antworthäufigkeiten.....	104
Tab. 38: Mittelwerte (SD) auf den Skalen der MTS für die Klinikstichprobe (links, Gesamt und nach Geschlecht getrennt) und die Onlinestichprobe (rechts, Gesamt und nach Geschlecht getrennt).....	107
Tab. 39: Ergebnisse der nonparametrischen Testung auf Stichprobenunterschiede auf den einzelnen Skalen der MTS für die Frauen.....	108
Tab. 40: Ergebnisse der Analysen.....	110
Tab. 41: Mittelwerte und Streuung des Trauergesamtwerts für die Variablen mit signifikanten Unterschieden .....	114
Tab. 42: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen für die Variable „Fotos“.....	115
Tab. 43: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen für die Variable „Psychotherapie“ .....	115
Tab. 44: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen der einzelnen Skalen für die Variable „Trauerjahr“ .....	115
Tab. 45: Mittelwerte und Streuung auf den Skalen Trauer und Verlustangst für die Variable „Fotos“ .....	116
Tab. 46: Mittelwerte und Streuung auf den einzelnen Skalen für die Gruppen der Variablen „Trauerjahr“ .....	116
Tab. 47: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen für die Variable „Gefühl Abschied“ .....	117
Tab. 48: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen für die Variable „weitere Kinder“ .....	117
Tab. 49: Mittelwerte und Streuung auf den Skalen Trauer und Schuld für die Variable „Gefühl Abschied“ .....	117

Tab. 50: Mittelwerte und Streuung des MTS-Gesamtwertes für die einzelnen Kategorien der Variablen „Zeitabstand zum Verlust in Kategorien“ .....	118
Tab. 51: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen der Skalenwerte für die Variable „Zeitabstand zum Verlust in Kategorien“ .....	118
Tab. 52: Mittelwerte und Streuung für die Kategorien der Variablen „Zeitabstand zum Verlust in Kategorien“ auf der Skala Verlustangst .....	119
Tab. 53: Korrelationen zwischen „Abstand von Verlustzeitpunkt“ und dem Trauergesamtwert bzw. den einzelnen Skalenwerten .....	119
Tab. 54: Mittelwerte und Streuung für Depressivität für die Variable mit signifikanten Unterschieden .....	121
Tab. 55: Antworthäufigkeiten der Mütter der Onlinestichprobe zu Hilfen im Trauerprozess, N=66 .....	122
Tab. 56: Antworthäufigkeiten der Mütter der Onlinestichprobe zu Hindernissen im Trauerprozess, N=66 .....	123
Tab. 57: Häufigkeiten der Antworten zum Ansehen des Kindes .....	125
Tab. 58: Häufigkeiten der Antworten zum Ansehen des Kindes, wenn das Kind gesehen wurde: .....	126
Tab. 59: Häufigkeiten der Antworten zur Entscheidungsmöglichkeit zum Ansehen des Kindes .....	128
Tab. 60: $\chi^2$ -Tests zu Zusammenhängen zwischen dem Ansehen des Kindes und anderen Variablen .....	131
Tab. 61: Wechselwirkung zwischen den Variablen: „War es gut so, wie Sie es gemacht haben?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“ .....	133
Tab. 62: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Wurden von dem Kind Fotos gemacht?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“ .....	134
Tab. 63: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Konnten Sie sich überlegen, ob Sie das Kind sehen möchten?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“ .....	135
Tab. 64: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Haben Sie das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“ .....	135
Tab. 65: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Ist das Kind nach Ihren Wünschen beerdigt worden?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“ .....	136
Tab. 66: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Haben Sie an Hilfsangeboten teilgenommen?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“ .....	136
Tab. 67: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Erschwernisse für den Anblick des Kindes“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“ .....	137
Tab. 68: Wechselwirkung zwischen den Variablen „War es gut so, wie Sie es gemacht haben?“ und „Erschwernisse für den Anblick“ .....	137

Tab. 69: Mittelwerte (Streuung) des Trauer- bzw. Depressionsgesamtwerts für die Frauen, die ihr Kind gesehen bzw. nicht gesehen hatten, sowie Ergebnisse des T-Tests zum Vergleich der beiden Gruppen.....	140
Tab. 70: Ergebnisse der uni- bzw. multivariaten Varianzanalysen zur Testung auf Unterschiede in den Trauer- bzw. Depressionswerten zwischen den Frauen, die ihr Kind gesehen und denen, die es nicht gesehen haben unter Kontrolle des Faktors Zeit (Kovarianzanalysen) ..	141
Tab. 71: nicht-standardisierte Koeffizienten der Regression (Kriterium: Depression), Beta-Gewichte der Prädiktoren sowie T- und p-Werte der Signifikanzprüfung .....	142
Tab. 72: nicht-standardisierte Koeffizienten der Regression (Kriterium: Trauer), Beta-Gewichte der Prädiktoren sowie T- und p-Werte der Signifikanzprüfung .....	143
Tab. 73: Häufigkeiten der Antworten zur Schwangerschaft .....	220
Tab. 74: Häufigkeiten der Antworten zur Geburt .....	221
Tab. 75: Wechselwirkung zwischen den Variablen: „Anwesenheit bei der Geburt“ und „Grund für die An-/Abwesenheit“ .....	221
Tab. 76: Wechselwirkung zwischen den Variablen: „Anwesenheit bei der Geburt“ und „Hat das Kind gelebt?“ .....	222
Tab. 77: Häufigkeiten der Antworten zum Abschied.....	222
Tab. 78: Häufigkeiten der Antworten zur Unterstützung im Trauerprozess .....	223
Tab. 79: Häufigkeiten der Antworten zu weiteren Kindern.....	224
Tab. 80: Häufigkeiten der Antworten zu Belastung.....	225
Tab. 81: Häufigkeiten der Antworten zur Partnerschaft .....	226
Tab. 82: Items des Depressionsinventars mit Antworthäufigkeiten (N=3) .....	227
Tab. 83: Items der Münchener Trauerskala mit Antworthäufigkeiten.....	228
Tab. 84: Items des Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogens mit Antworthäufigkeiten .....	230

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Prozessmodell der Trauerbewältigung nach Stroebe et al. (2003, modifiziert nach Kersting 2007a) .....	10
Grafik 1: Grafische Darstellung der beiden Variablen „War es gut so, wie Sie es gemacht haben“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten“ .....	134



# 1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit zu dem Thema: „Trauerverarbeitung des prä- und perinatalen Kindstodes“ entstand aus meiner eigenen persönlichen Erfahrung. Im Januar 2004 verlor ich meinen Sohn Jona kurz nach der Geburt. Ich wusste bereits vor der Geburt, dass er sterben würde, da bei ihm in der 31. Schwangerschaftswoche eine Trisomie 13 diagnostiziert wurde, was bedeutete, dass er nicht lebensfähig sein würde. Die 15 Minuten, die er lebte und auf meinem Bauch lag, sind für mich unermesslich kostbar. Ich war unheimlich glücklich, auch darüber, wie friedlich er starb. Es war ein harter und schmerzhafter Weg durch den Trauerprozess, der nicht, wie ich erst annahm, damit beendet war, die Beerdigung zu überstehen. Geholfen hat mir u.a. die Unterstützung meiner Hebamme, von der ich klare Informationen erhielt und die Gespräche mit meinem Mann, die unsere Beziehung vertieften. Auch der Hinweis einer anderen betroffenen Mutter, die ihr Kind durch den plötzlichen Kindstod verloren hatte, dass es wieder besser wird, zu einem Zeitpunkt, zu dem ich mir das überhaupt nicht vorstellen konnte, machte mir Mut.

Nach der späteren Geburt meiner Tochter Eva fühlte ich mich so reich beschenkt, dass ich beschloss, mich für dieses Thema zu engagieren. Mit dieser Arbeit möchte ich einen Beitrag zur besseren Unterstützung und Betreuung von Eltern mit einem prä- und perinatalen Kindsverlust leisten.

Bei der Literaturrecherche bin ich auf die Studie von Hughes et al. (2002) gestoßen, in der sie zu dem Ergebnis kamen, dass das Ansehen und Halten des toten Kindes vermehrt zu Depressionen, Angststörungen und Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung führten im Vergleich zu Frauen, die ihr totes Kind nicht gesehen hatten.

Vor dem Hintergrund meiner eigenen positiven Erfahrungen hat mich dieses Ergebnis sehr überrascht. Die empirische Überprüfung zu den Erfahrungen und Auswirkungen bezüglich des Ansehens und Haltens des toten Kindes nimmt daher in dieser Arbeit einen besonderen Stellenwert ein.

Den Einwand, ich könnte aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen nicht neutral an diese Studie herangegangen sein, kann ich natürlich nicht ausräumen, überlasse es aber dem kritischen Leser, sich ein eigenes Bild zu machen.

Untersucht wird in dieser Studie der Trauerverlauf von Müttern und Vätern eines prä- und perinatal verstorbenen Kindes ab der 14. Schwangerschaftswoche bis zu sieben Tagen nach der Geburt.

Im Folgenden wird dem Leser ein umfassender Überblick zum Stand der Forschung gegeben. Dabei wird ausgehend von der Trauerforschung auch auf die Rolle der Ärzte und ihre Bedeutung für die Unterstützung trauernder Eltern bei der Bewältigung des Verlustes ihres Kindes eingegangen, sowie aktuelle therapeutische Angebote vorgestellt.

## 2. Kindsverlust

Der Verlust eines Kindes ist eines der am schwersten zu bewältigenden Verlusterlebnisse (Kersting, 2005, 2006). Der frühe Verlust eines Kindes ist auf sehr unterschiedliche Weise möglich. Ungewollte Kinderlosigkeit stellt hier bereits den Anfang des „Verlustes“ dar und zweifellos kann die Bewältigung sehr schmerzvoll sein. Aber nicht einmal in diesem Zusammenhang ist der Begriff „Schwangerschaftsverlust“, wie er in der Literatur häufiger zu finden ist (z.B. Beutel et al., 1995a; Beutel, 2002) meines Erachtens sinnvoll, weshalb auf den Begriff in der gesamten Arbeit nach Möglichkeit verzichtet wird, da er irreführend ist, denn er benennt nicht das, worum es geht: den Verlust eines Kindes. Vielmehr lässt dieser Begriff an den Abwehrmechanismus der Versachlichung denken, um eine Distanzierung zu erreichen. In dieser Arbeit wird von den Frauen und Männern, die an dieser Studie teilgenommen haben, synonym von Müttern und Vätern gesprochen, da sie Mütter und Väter sind, unabhängig davon, ob sie Mütter und Väter eines lebenden Kindes sind.

### 2.1. Begriffsbestimmung

Nicht nur aufgrund der zunehmenden Möglichkeiten von Pränataldiagnostik und der damit frühzeitig möglichen Feststellung von Krankheit und Behinderung des ungeborenen Kindes, sondern auch aus vielfältigen anderen Gründen werden Mütter bzw. Eltern vor die Entscheidung gestellt, sich gegen ein Kind zu entscheiden. Da sich der Verarbeitungsprozess möglicherweise durch die eigene aktive Entscheidung, ein Kind aus medizinischen, sozialen oder anderen Gründen nicht bekommen zu können, unterscheidet, wurden diese Eltern von der hier dargestellten Studie ausgeschlossen. Die Trauer kann natürlich ähnlich schmerzvoll sein. Die Trauer um ein Kind, das verstorben ist, während das Zwillingsskind überlebt hat und versorgt werden muss, stellt ebenfalls eine Besonderheit im Umgang mit Trauer dar. Kindsverluste nach der Geburt betreffen natürlich auch Verlustumstände wie den Plötzlichen Kindstod oder den Verlust eines Frühgeborenen bzw. eines Kindes mit infauster Prognose und der damit einhergehenden Entscheidung der Eltern von intensivmedizinischen Maßnahmen der Heilung hin zu palliativen Maßnahmen zum Wohle des sterbenden Kindes zu wechseln. Diese vielfältigen angrenzenden Bereiche werden allenfalls ge-

streift, wenn es um Gemeinsamkeiten mit der hier dargestellten Studie geht. Um also Aussagen zu dem Trauerverlauf von Eltern eines früh verstorbenen Kindes machen zu können, ist es wichtig, eine klare Abgrenzung zu treffen, so dass im Folgenden einige Begriffe noch einmal genau definiert werden.

Unter **Abort** wird eine Fehlgeburt verstanden. Es handelt sich um eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch Ausstoßung eines Fetus mit einem Gewicht von unter 1000 g beim Fehlen aller für eine Lebendgeburt maßgeblichen Lebenszeichen (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch). Aus klinischer Sicht ist die Einteilung in Frühaborte bis zur 12.- 14. Schwangerschaftswoche und in Spätaborte ab der 14. Schwangerschaftswoche sinnvoll.

**Fehl- und Totgeburt** werden im deutschen und englischen Sprachraum unterschiedlich und mit fließenden Übergängen definiert. Von Fehlgeburt oder Spontanabort spricht man nach der Definition der World Health Organization (WHO; Smith, 1988, zitiert nach Beutel, 2002), wenn das Gewicht des Fetus weniger als 500 Gramm beträgt. Ab einem Geburtsgewicht von 500 Gramm (jenseits der 22.-24. Woche) spricht man von einer Totgeburt oder intrauterinem Fruchttod.

Die Begriffe **Prä- und Perinatalverlust** umfassen Fehl- und Totgeburten sowie Sterbefälle nach der Geburt. Die perinatale Sterblichkeit umfasst die Periode kurz vor, während und nach der Geburt bis zum 7. Tag, im amerikanischen Sprachgebrauch bis zum 28.Tag. Bis zur 14. Woche wird im Falle einer Fehlgeburt eine Ausschabung durchgeführt, nach der 14. Woche wird die Geburt eingeleitet.

Vom **habituellen Abort** spricht man bei mindestens drei Aborten in der Vorgeschichte einer Frau.

## 2.2. Prävalenz des prä- und perinatalen Kindsverlustes

15-20% der klinisch festgestellten Schwangerschaften enden mit einer Fehlgeburt (Borg & Lasker, 1989; Swanson, 1999, zitiert nach Crosgrave, 2004). Unter Hinzunahme aller Schwangerschaften nach der Einnistung der befruchteten Eizelle, welche klinisch noch nicht festgestellt wurden, liegen Schätzungen bei 31% (Wilcox et al., 1988, zitiert nach Crosgrave, 2004). Für Frauen über 40 Jahre steigt das Risiko auf über 60%, eine Fehlgeburt zu erleiden (Chung & Yeko, 1996, zitiert nach

Crosgrove, 2004). Nach Beutel (2002) münden mindestens 30% aller Schwangerschaften, die durch einen Schwangerschaftstest nachgewiesen werden können, in eine Fehlgeburt. Da etwa 2/3 der Fehlgeburten unbemerkt stattfinden (als verzögerte oder verstärkte Menstruationsblutung), hängt die festgestellte Aborthäufigkeit davon ab, wie früh und genau ein Schwangerschaftstest durchgeführt wurde.

Schätzungen zur Häufigkeit von Totgeburten liegen bei 1% aller Geburten (De Frain, Martens, Stork & Stork, 1990, zitiert nach Crosgrove, 2004). Schauer, Kalousek und Magee (1992, zitiert nach Beutel, 2002) beziffern die Häufigkeit von Totgeburten (20. bis 27. Woche) auf 5 bis 12 pro 1000 Geburten. Etwa gleich viele Kinder sterben bei der Geburt oder in den ersten 7 Lebenstagen (Maier, 1981, zitiert nach Beutel, 2002). Diese Angaben entsprechen den Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 1999, wonach in Deutschland 0,4% der Föten tot geboren wurden und die perinatale Sterblichkeitsrate bei 0,62% lag (Scheidt et al., 2007).

### 3. Trauer nach einem Kindsverlust

Unter Trauer (engl.: bereavement) ist die universelle emotionale Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen zu verstehen (Stroebe, 2001). Trauer ist eine schmerzliche, prozesshaft verlaufende Auseinandersetzung mit dem Verlust, wobei das zentrale Merkmal der Affekt der Traurigkeit ist, oft verbunden mit Einsamkeit und dem Gefühl, die Welt sei leer. Das Ausmaß des Schmerzes entspricht dem persönlichen Wert des Verlorenen. Voraussetzung für Trauer ist die Anerkennung des Verlusts. Am Ende steht die Überwindung des Verlusts, die Versöhnung mit dem Verlorenen (Ditz, 2001).

Die erste Beschäftigung mit der Analyse von Trauer findet sich vor fast einem Jahrhundert bei Freud in „Trauer und Melancholie“ (1917/1957), in dem er den seelischen Trennungsprozess beschreibt und den Begriff „Trauerarbeit“ prägt. Er nahm damit großen Einfluss auf die psychoanalytische Sichtweise wie z.B. bei Deutsch (1937) und Klein (1940), die sich ihrerseits mit Aspekten einer komplizierten Trauerreaktion beschäftigten.

Lindemann (1944) beschäftigte sich als erster systematisch mit der Erfassung von Trauersymptomen in seinem Artikel „Symptomatology and Management of acute grief“ und beschrieb folgende Merkmale einer normalen Trauersymptomatik, die sich bis heute wiederfinden:

- Körperliche Pein
- Ständige Beschäftigung mit dem Vorstellungsbild des Verstorbenen,
- Schuldgefühle in Bezug auf den Verstorbenen oder die Umstände seines Todes,
- Feindselige Reaktionen und
- Unvermögen, wieder wie vor dem Verlust zu funktionieren.

Seit 1950 bemühte sich die Forschung zunehmend um eine systematische Eingrenzung bezüglich der Dauer und Manifestation von Trauer (z. B. Madison, 1967/1968; Clayton, 1979).

Mit dem Zusammenhang von Trauer und Sterblichkeit hat sich z. B. Durkheim (1951/1987) beschäftigt. Kraus und Lilienfeld (1959) haben diesen Ansatz weiterentwickelt

und konnten zeigen, dass das Sterblichkeitsrisiko für Verwitwete im Vergleich zu Verheirateten durchgängig höher war. Auch in der aktuellen Trauerforschung wird diesem Zusammenhang weiter nachgegangen.

Vachon (1982) lenkte den Blick von der individuellen, intrapersonellen Perspektive auf die zwischenmenschliche, interpersonelle Perspektive und bezog soziale Risikofaktoren und gegenseitige Auswirkungen auf das soziale Netzwerk in seine Forschung mit ein und lieferte somit auch Aussagen zur Effektivität von Interventionsprogrammen.

Die empirische Forschung war somit lange Zeit nicht theoriegeleitet im Hinblick auf die Erfassung des Phänomens Trauer, sondern betraf eher spezifische Streitfragen wie z.B. die Identifizierung von Hoch-Risiko-Kategorien Trauernder in der Mitte des 20. Jahrhunderts. Die Entwicklungen im weiteren Umfeld der Stress- und Traumaforschung führten zu weiteren Untersuchungen einer komplizierten Trauerreaktion. Zu nennen sind hier Parkes (1965) und Parkes und Weiss (1983), die sich mit der Klassifikation von Risikofaktoren für eine komplizierte Trauerreaktion beschäftigten. Jacobs (1993) schließlich stellte eine Verbindung von komplizierter Trauer und der DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) her, indem er pathologische Trauerreaktion als neue Klassifikation vorschlug. Bowlby (1980) untersuchte chronische und abwesende Trauerreaktionen aus Sicht der Bindungstheorie und entwickelte ein Stufenmodell des Anpassungsprozesses. Worden (1982) entwickelte ein Aufgabenmodell. Die Aufgaben des Trauerprozesses lassen sich nach Kersting (2009) folgendermaßen zusammenfassen in Akzeptanz der Realität des Verlustes, Erleben des Trauerschmerzes, Anpassung an eine Umgebung ohne den Verstorbenen, Reorganisation der Beziehung zum Verstorbenen und Hinwendung zu aktuellen Lebensaufgaben. Da jedoch nicht alle Trauernden alle Phasen bzw. Aufgaben durchlaufen, sie sich nicht vorhersagbar zu einer bestimmten Zeit in einer bestimmten Phase befinden und auch kein klarer Abschlusspunkt definiert werden kann, wurden die Autoren missverstanden (Stroebe et al., 2008).

In den letzten Jahrzehnten wurde die Forschung zunehmend theoriegeleitet, wie z.B. durch die kognitive Stresstheorie und die Bindungstheorie. Physiologische Studien (Grossmann, 1988), die die Art und Intensität der Mutter-Kind-Beziehung im Zusammenhang mit Trennungserlebnissen untersuchten, stützten mit ihren Erkenntnissen Bowlbys Annahmen.

### 3.1. Modell eines Trauerprozesses nach Kindsverlust

Trauerprozesse von Eltern, deren Kind vor, während und nach der Geburt verstorben ist, sind vielfältig und facettenreich (Kersting et al., 2008).

Bowlby (1980, zitiert nach Kirkley-Best & Kellner, 1982) und Parkes (1972, zitiert nach Kirkley-Best & Kellner, 1982) haben vier Phasen des normal verlaufenden Trauerprozesses herausgestellt, die von Kirkley-Best und Kellner (1982) zusammengefasst wurden. Im Folgenden wurde die darauf aufbauende Darstellung von Ditz (2001) am konkreten perinatalen Verlustereignis übernommen:

#### *Phase 1 (inneres Chaos)*

Nach der Mitteilung der Diagnose befindet sich die Schwangere in einem emotionalen Schockzustand. Die betroffenen Frauen reagieren mit Unglaube, Verleugnung oder panischer Angst. Der innere Dialog mit dem Kind wird abgebrochen. Diese Phase kann Stunden bis Tage dauern und ist gekennzeichnet durch Weinen und Traurigkeit, Sehnsucht und illusionäre Verknennung wie z.B. Suchen des Kindes.

Manche Frauen fühlen sich selbst wie abgestorben. Dieser Zustand kann als vorübergehende Erschütterung der psychischen Integrationsleistung des Ichs angesichts einer vollständigen Hilflosigkeits- und Ohnmachtserfahrung verstanden werden. Die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Ichs hängt ab von der Fähigkeit, zumindest die belastendsten Affekte des traumatischen Erlebens in einer adaptiven Weise zu verdrängen.

#### *Phase 2 (Realisation)*

Charakteristisch für diese Phase sind Verzweiflung und tiefe Enttäuschung, aus der Ärger und Wut entstehen können, die gelegentlich auf das betreuende Personal projiziert werden.

#### *Phase 3 (Auflösung)*

Nach einigen Monaten nimmt die innere Beschäftigung mit dem verstorbenen Kind ab. Die Mutter / die Eltern beginnen (wieder) Interessen zu entwickeln oder neue Bindungen einzugehen.



*Phase 4 (Stabilisierung)*

Nach etwa einem bis maximal zwei Jahren ist das psychische Gleichgewicht weitgehend wieder hergestellt.

*Phase 5 (längerfristiger Verlauf)*

Stimmungsschwankungen und Traurigkeit können noch nach Jahren auftreten (z.T. lebenslang), vor allem an Jahrestagen.

Komplikationen können in jeder Phase des Trauerprozesses entstehen. Das Festhalten am Verlorenen führt zu chronischer Trauer, die Vermeidung oder Verleugnung des Verlustschmerzes zu verzögerter oder ausbleibender Trauer (Ditz, 2001). An die Stelle der Auseinandersetzung mit dem Verlorenen kann eine Verleugnung des Verlustes und des Trennungsschmerzes treten (Brown & Stoudemire, 1983, zitiert nach Beutel et al., 1995a). Psychische Erkrankungen wie z. B. eine Depression sind wahrscheinlich, wenn ein Objektverlust nicht ausreichend betrauert wird (Ditz, 2001), worauf noch näher bei der differentialdiagnostischen Abgrenzung von Trauer eingegangen wird.

### **3.2. Neuere Modelle des Trauerprozesses im Allgemeinen**

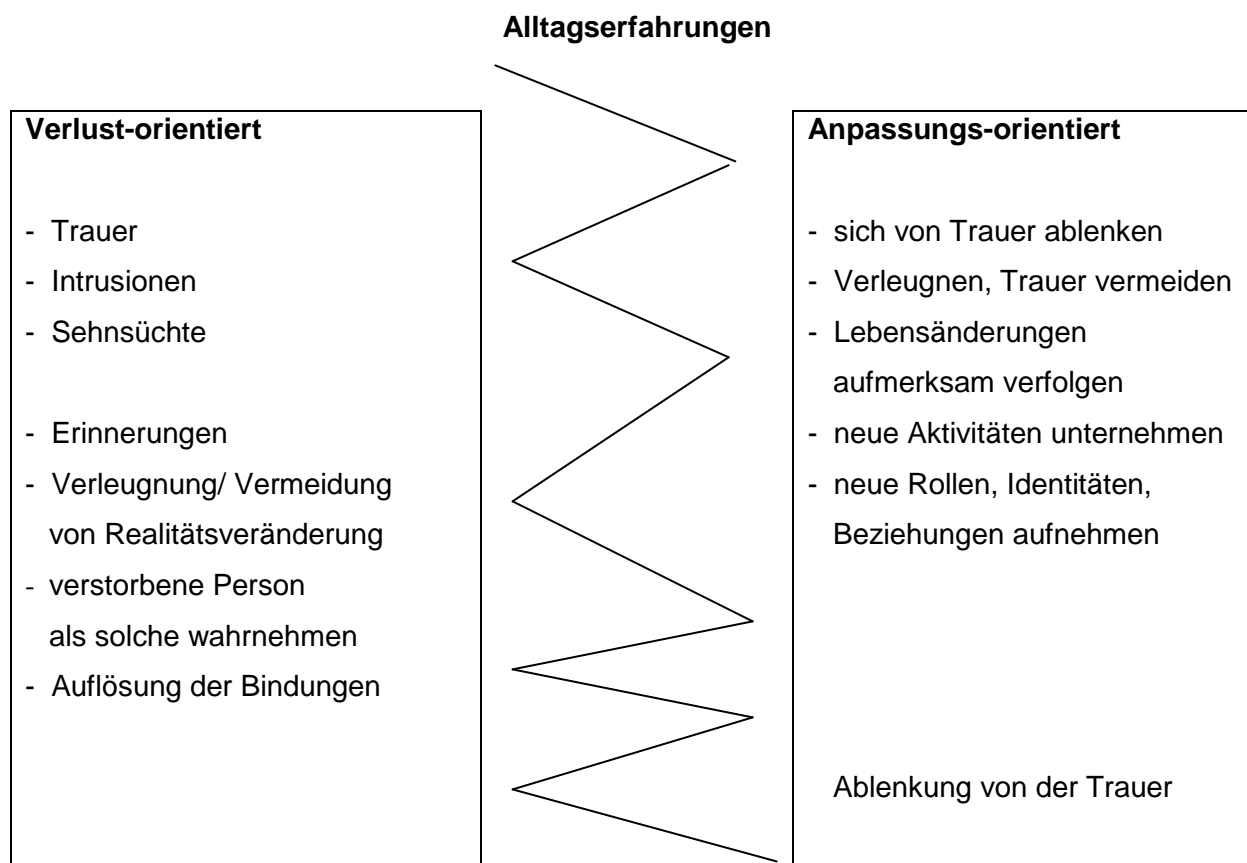
Das Modell von Horowitz et al. (1997) beschreibt verschiedene Qualitäten eines Trauerprozesses. Die einzelnen Phasen sind gekennzeichnet durch das Vorherrschen heftiger Affekte und Verleugnungsmechanismen, aber auch intrusiver Erinnerungen, die nach Durcharbeitung zu der damit verbundenen Bewältigung des Verlustes führen, wie in Tabelle 1 dargestellt ist.

Tab. 1: Modell eines Trauerprozesses (Horowitz et al., 1997, zitiert nach Kersting, 2007a)

Phase	Normale Reaktion
Heftige Affekte	Heftige Gefühle (u.a. Angst, Wut, Traurigkeit, Ärger)
Verleugnung	Meiden von Erinnerungen, sozialer Rückzug, emotionale Taubheit
Intrusionen	Eindringliche positive aber auch negative Erinnerungsbilder, die zu Konzentrationsstörungen führen können
Durcharbeiten	Vermeidende und intrusive Phänomene können wieder auftreten, erreichen jedoch nicht mehr die Intensität wie zuvor; zunehmende Akzeptanz des Verlusts und Hinwendung zu aktuellen Lebensaufgaben

Das duale Modell des Copings nach Verlusten von Stroebe, Stroebe und Schuth (2003, zitiert nach Kersting 2007a) stellt die Bewältigung des Verlusts als eine Oszillation zwischen zwei Polen dar, ein Hin- und Herpendeln wie in Abbildung 1 dargestellt.

Abb. 1: Prozessmodell der Trauerbewältigung nach Stroebe et al. (2003, modifiziert nach Kersting 2007a)



Der verlustorientierte Pol ist eng mit den Emotionen verbunden und beinhaltet Gefühle von Trauer, die Sehnsucht nach dem Verstorbenen und die Erinnerung an ihn. Der anpassungsorientierte Pol beinhaltet neue Aufgaben und Perspektiven. Die Anpassungsleistung an den Verlust kann mit neuen Entwicklungsmöglichkeiten verbunden sein. Im Verlauf des Trauerprozesses verschiebt sich der Schwerpunkt von dem emotionsfokussierten Pol auf den in die Zukunft gerichteten, problemfokussierten Pol, so dass sich der Trauernde nach einiger Zeit wieder seinen Alltagsaufgaben und Mitmenschen zuwenden kann.

### **3.3. Differentialdiagnostik von Trauer: Die notwendige Unterscheidung von normaler und pathologischer Trauer**

Trauer geht mit intensivem psychischem Schmerz und einem erhöhten Risiko für die Entwicklung zahlreicher psychosozialer und somatischer Beschwerden einher (Li et al., 2005; Parkes, 1996; Middleton et al., 1993; Zisook & Shuchter, 1993, zitiert nach Scheidt et al., 2007) einschließlich einer erhöhten Mortalität (Li et al., 2003; Lichtenstein, Gatz & Berg, 1998, zitiert nach Scheidt et al., 2007). Nach Li et al. (2003, zitiert nach Kersting, 2009) führt der Tod eines Kindes zu einer erhöhten Mortalität durch natürliche und unnatürliche Todesursachen bei Müttern sowie zu einer frühen erhöhten Mortalitätsrate für unnatürliche Todesursachen für Väter.

Aber auch die Untersuchung von Khashan et al. (2008, zitiert nach Kersting, 2009) zeigt, wie weit reichend die Auswirkungen von Trauer sein können. So konnte für die Kinder von Müttern, die im ersten Drittel der Schwangerschaft den Verlust eines nahen Angehörigen erlebt hatten, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Schizophrenie festgestellt werden. Während der anderen Schwangerschaftsmonate bis hin zum Zeitpunkt von 6 Monaten vor der Schwangerschaft war der Tod eines Angehörigen nicht mit einem erhöhten Schizophrenierisiko verbunden.

Angeichts der gravierenden psychischen und körperlichen Belastungen und Folgeerkrankungen, die aus gestörter oder abgewehrter Trauer resultieren können, ist es differentialdiagnostisch von Bedeutung, eine normale Trauerreaktion von pathologischer Trauer zu unterscheiden.

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) kodiert in Kapitel V (F) verlängerte und intensivierte Trauerreaktionen unter „andere spezifische Anpass-

sungsstörungen“ (F43.28). Trauerreaktionen jeder Dauer, die in Art oder Inhalt abnorm sind, sind unter F43.22 bis F43.25 einzuordnen. Sehr heftige und länger als sechs Monate andauernde sind unter F43.21 (längere depressive Reaktion) zu verschlüsseln. Kontakte mit medizinischen oder psychiatrischen Diensten bei normalen Trauerreaktionen, die kulturspezifisch sind und meist nicht länger als sechs Monate dauern, sind dagegen in Kapitel XXI (Z): „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen“ mit Z63.4 (Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen) zu subsumieren.

Im DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) wird die Trauer der Kategorie „weitere klinisch relevante Probleme“ zugeordnet (V62.82). Liegen noch zwei Monate nach dem Verlust Symptome wie „Schuldgefühle, die sich auf Handlungen des Überlebenden beziehen, Gedanken an den Tod, eine krankhafte Beschäftigung mit Gefühlen der Wertlosigkeit, verlängerte und ausgeprägte Funktionsbeeinträchtigungen und halluzinatorische Erlebnisse“ vor, wird die Diagnose einer Major Depression (296.2x) nahe gelegt.

Das DSM-IV-Subkomitee, das für die Erarbeitung von Kriterien für die posttraumatische Belastungsstörung zuständig war, schlug das „stress response syndrome“ als Diagnosekategorie vor, worunter die posttraumatische Belastungsstörung, die pathologische Trauerreaktionen, die akuten Stressreaktionen, die dissoziative Amnesie und die Anpassungsstörungen gefasst werden sollten. Man entschied sich gegen diese Diagnosekategorie aufgrund fehlender fundierter wissenschaftlicher Studien und damit auch gegen die Diagnose der pathologischen Trauer.

Es gibt eine Fülle von diagnostischen Termini, die sich alle auf pathologische Trauer beziehen: fehlende Trauer (Deutsch, 1937), chronische Trauer (Parkes, 1965), atypische Trauer (Jacobs & Douglas, 1979), abnorme Trauer (Pasnau et al., 1987), verlängerte Trauer (Lieberman & Jacobs, 1987), ungelöste Trauer (Zisook et al., 1987), komplizierte Trauer (Prigerson et al., 1996; Horowitz et al., 1997), pathologische Trauer (Horowitz et al., 1993) oder traumatische Trauer (Prigerson et al., 1999). Um den Leser nicht zu verwirren, wird der Terminus „Pathologische Trauer“ beibehalten. In der aktuellen Forschung wird von prolongierter Trauer gesprochen, weshalb dann an dieser Stelle auch dieser Terminus übernommen wird.

Der Begriff „Pathologische Trauerreaktion“ bezieht sich auf ungewöhnlich intensive, prolongierte, verschobene oder inhibierte Reaktionen auf eine persönliche Verlusterfahrung (Scheidt et al., 2007). Konkret können pathologische Trauerreaktionen nach dem prä- und perinatalen Verlust eines Kindes wie folgt aussehen:

- zwanghafte Beschäftigung mit Gedanken an das tote Baby/ den Föten,
- halluzinatorische Empfindungen wie „leere Arme“, Schreien eines Babys,
- Ärger gegenüber klinischem Personal oder Familienmitgliedern,
- Schuld- und Versagensgefühle,
- verzweifelte Suche nach Erklärungen und
- negative Gefühle beim Anblick lebender Babys oder Schwangerer.

Risikomerkmale für eine pathologische Trauerreaktion nach Fehl- und Totgeburt sind nach Beutel (2002):

- alleinstehende, adoleszente Mutter
- geringe Schulbildung/ geringer Sozialstatus
- Zwiespältigkeit bezüglich der Schwangerschaft
- hohe Belastung in der Schwangerschaft/ hohe Belastung im vorausgegangenen Jahr
- frühere Fehl- und Totgeburten
- keine eigenen Kinder
- Fertilitätsprobleme
- weitere ungelöste Verlusterfahrungen (in der Kindheit, Fehl- oder Totgeburten der Mutter)
- unsichere Bindungsrepräsentation
- psychosoziale oder psychiatrische Vorbelastung (frühere Depressionen, Ängste)
- belastende Begleitumstände des Verlusts (kein Kontakt mit dem Kind oder keine Beisetzung)
- mangelndes Verständnis/ mangelnde Gesprächsmöglichkeit mit dem Partner oder der näheren Familie
- Unzufriedenheit mit der beruflichen oder häuslichen Situation

Auch wenn viele der hier dargestellten Risikomerkmale von Beutel zweifellos plausibel erscheinen, sei hier doch zu dem Risikmerkmal „Zwiespältigkeit bezüglich der Schwangerschaft“ die Sicht von Frick-Bruder und Schütt (1992) angeführt:

Der Wunsch nach einem Kind ist häufig ambivalent: Neben den positiven Vorstellungen von Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft gibt es auch fast immer Ängste bezüglich der kaum einzuschätzenden Veränderungen, die damit einhergehen wie die eigene Rolle (als Schwangere, Gebärende, Mutter/ Vater), die Qualität der Partnerschaft, die sich durch ein Kind auf jeden Fall ändert. Somit wird deutlich, dass eine Unterscheidung in einen „gesunden“ versus „fixierten“, also „richtigen“ versus „falschen“ Kinderwunsch ausgesprochen heikel ist. Auch in der Beratung ungewollt kinderloser Paare spielt diese Sichtweise eine wichtige Rolle. Für eine erfolgreiche Bewältigung der Krise ungewollter Kinderlosigkeit erscheint wichtig, sich eine eventuelle Ambivalenz des Kinderwunsches zugestehen zu können (Frick-Bruder & Schütt, 1992, zitiert nach Stammer, 2004).

In den vergangenen Jahren wurde die Verarbeitung von Verlusterlebnissen zunehmend zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und es zeigte sich, wie schwierig es angesichts der vielfältigen Ausdrucksformen von Trauer ist, normale von pathologischer Trauer zu unterscheiden.

Eine umfassende Übersicht über den aktuellen Forschungsstand zur Trauerverarbeitung nach Kindsverlust findet sich bei Scheidt et al. (2007).

### **3.4. Unterscheidung von Trauer und Depression**

Trotz beträchtlicher Forschungsbemühungen werden Fortschritte in der Trauerforschung durch konzeptuelle und methodische Probleme behindert. Konzeptuell wurde die lang währende Diskussion über die Unterscheidung von Trauer und Depression als die häufigsten Reaktionen auf einen Verlust aufgegeben (Beutel et al., 1995a). Methodisch fehlen allgemein anerkannte Verfahren zur Erfassung von Trauer (Jacobs, 1987, zitiert nach Beutel et al., 1995a). Die Übersicht über neuere psychosomatische Studien zeigt, dass ernste psychiatrische und physische Folgen wahrscheinlich sind, wenn ein Objektverlust nicht betrauert wird, sondern zu einer depressiven Reaktion oder „pathologischen Trauer“ führt (Weiner, 1992, zitiert nach Beutel et al., 1995a).

Das gehäufte Auftreten einer depressiven Symptomatik während eines Trauerprozesses ist in der empirischen Forschung bereits mehrfach untersucht worden (Jacobs et al., 1989; Zisook & Shuchter, 1991; Zisook et al., 1997, zitiert nach Kersting et al., 2001; Beutel et al., 1995a). In der Untersuchung von Jacobs et al. (1989) zeigten 32% der Hinterbliebenen 6 Monate nach dem Verlust ihres Angehörigen eine depressive Symptomatik gemäß DSM III und nach 12 Monaten noch immer 27%. Frauen waren dabei häufiger betroffen als Männer, eine frühere depressive Störung erhöhte das Risiko zu erkranken nicht. Im Gegensatz dazu liegen nach Beutel et al. (1995a) Risikomerkmale für depressive Reaktionen in einer Neigung zu depressiven Reaktionen, mangelnder Unterstützung durch den Partner und unbewältigten Belastungen im vorangegangenen Jahr und im Beruf.

Horowitz et al. (1997, zitiert nach Kersting et al., 2001) stellten in ihrer Studie nur bei 21% der Probanden mit der Diagnose einer pathologischen Trauer auch die Diagnose einer Depression, von diesen waren 79% anamnestisch bereits einmal an einer Depression erkrankt.

In der Untersuchung von Zisook und Shuchter (1991, zitiert nach Kersting et al., 2001) an 350 Witwen und Witwern erfüllten 24% zwei Monate nach dem Tod ihres Partners die Kriterien einer Major Depression und nach 7 Monaten noch 23%, nach 13 Monaten noch 16%. Hier erwies sich eine frühere Major Depression als Risikofaktor für eine depressive Erkrankung. In dieser Studie wurde nicht zwischen Depression und Trauer differenziert.

Ziel der Untersuchung von Kim und Jacobs (1991, zitiert nach Kersting et al., 2001) war es, pathologische Trauer von depressiven Erkrankungen und Angsterkrankungen abzugrenzen. In einer Stichprobe von 22 Frauen und zwei Männern erfüllten 64% die Kriterien der pathologischen Trauer, die definiert wurden über das Vorherrschen von Trennungsschmerzen und intrusiven Symptomen. Die Todesumstände wurden nicht berücksichtigt. Von den 12 Probanden mit der Diagnose Major Depression erfüllten 10 zusätzlich die Kriterien einer generalisierten Angststörung. Es konnte mit dieser Studie nicht geklärt werden, ob es sich bei pathologischer Trauer um ein eigenständiges Krankheitsbild oder eine Form der Major Depression oder generalisierten Angsterkrankung handelt.

In der Untersuchung von Prigerson, Bridge und Maciejewski (1999b, zitiert nach Kersting, 2001) an 76 Freunden adoleszenter Selbstmordopfer, zeigten 15 Proban-

den eine pathologische Trauerreaktion, weitere 15 eine Depression. Da eine Komorbidität nur bei 6 Probanden vorlag, zeigt diese Untersuchung auch einmal umgekehrt, dass Probanden mit einer pathologischen Trauerreaktion nicht gleichzeitig an einer Depression leiden müssen.

Zur Unterscheidung von Trauer und Depression als Reaktion auf einen prä- und perinatalen Kindsverlust fand Beutel et al. (1995a) in seiner Untersuchung an 125 Abortpatientinnen bei 20% der Frauen eine Trauerreaktion unmittelbar nach dem Verlust, 12% zeigten eine depressive Symptomatik und 20% zeigten eine kombinierte Reaktion aus Trauer und Depression. 48% der Frauen hatten weder erhöhte Depressivitäts- noch Trauerwerte. Frauen, die trauerten, beschäftigten sich intensiv mit dem verlorenen Kind, empfanden Sehnsucht, hatten das Bedürfnis, darüber zu sprechen, weinten und suchten Trost bei anderen Menschen. Ihr Kummer wurde durch positive Erinnerungen an die Schwangerschaft, Gedanken an den Verlust oder den Anblick Schwangerer geweckt. Beim Gegenüber weckten sie Mitgefühl und Traurigkeit. Sie äußerten spezifische Selbstvorwürfe und Auflehnung gegen den Verlust.

Eine depressive Reaktion ging einher mit Wertlosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Scham, globalen Schuldgefühlen, enttäuschenden Erinnerungen an die verlorene Schwangerschaft. Depressiven fiel es schwer, positive Aspekte im Erlebten zu finden, sie waren enttäuscht über ihre Mitmenschen und weckten beim Gegenüber eher Distanziertheit, Ungeduld oder Gereiztheit. Sie reagierten mit Selbstmitleid oder Idealisierung des verlorenen Kindes (Beutel et al., 1995a).

Trauer und Depression unterschieden sich in ihrem Verlauf. Die Trauerreaktion klang innerhalb von 6 Monaten ab, während 40% der Patientinnen mit einer kombinierten Reaktion nach 13 Monaten noch depressiv waren. 48% der Patientinnen zeigten keine messbar erhöhte Traurigkeit oder Depression (Beutel et al., 1993).

### **3.5. Pathologische Trauer als eigenständiges Krankheitsbild**

Zwei Forschergruppen haben sich unabhängig von einander besonders hervorgetan (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1999), indem sie valide Kriterien für die Diagnose der pathologischen Trauer entwickelten. Damit konnte pathologische Trauer als eigenständige diagnostische Kategorie angesehen werden (Kersting, 2007a), siehe Tab.2.



Tab. 2: Diagnostische Kriterien der Pathologischen Trauer (nach Kersting, 2007a)

<b>Horowitz et al. 1997</b>	<b>Prigerson et al. 1999</b>
Verlust einer nahe stehenden Person vor mindestens 14 Monaten	Verlust einer nahe stehenden Person, Symptome seit mindestens 2 Monaten
<i>Mindestens 3 der folgenden 7 Symptome</i>	<i>Mindestens 3 der folgenden 4 Symptome</i>
Intrusive Erinnerungen an den Verstorbenen	Intrusive Gedanken an den Verstorbenen
Starke Sehnsucht oder Wünsche, der Verstorbene wäre noch am Leben	Sehnsucht nach dem Verstorbenen
Gefühle der Einsamkeit und Leere	Suche nach dem Verstorbenen
Schmerz und heftige Emotionen bezüglich des Verstorbenen	Einsamkeit als Folge des Verlusts
Meiden von Menschen, Plätzen oder Aktivitäten, die an den Verstorbenen erinnern	<i>Mindestens 4 der folgenden 8 Symptome</i>
Schlafstörungen	Gefühl der Sinnlosigkeit bezüglich der Zukunft
	Betäubt und emotional unempfindlich sein
	Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren
	Leben leer und bedeutungslos empfinden
	Als ob ein Teil des eigenen Selbst gestorben ist
	Zerstörte Weltsicht
	Annehmen von Symptomen und Verhaltensweisen des Verstorbenen
	Besondere Reizbarkeit und Bitterkeit bezüglich des Todes
Verlust von Interesse an beruflichen, sozialen oder anderen Aktivitäten bedeutenden Ausmaßes	Die Störung führt zu klinisch signifikanten Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Lebensbereichen

Im Vergleich zeigt sich, dass Horowitz et al. (1997) das Vermeidungskriterium als eines der zentralen Symptome sehen, während die Arbeitsgruppe um Prigerson (Prigerson et al., 1999) dieses Merkmal fallen lassen und mehr die intrusive Symptomatik betonen (Kersting, 2001). Zwischen den beiden Arbeitsgruppen bestehen Unterschiede hinsichtlich des für die Diagnose der pathologischen Trauer geforderten Zeitkriteriums. Prigerson et al. (1999) schlugen vor, bereits sechs Monate nach dem Verlust die Diagnose der pathologischen Trauer zu stellen, um somit frühzeitig eine Risikogruppe identifizieren zu können.

Horowitz et al. (1997) forderten eine Zeitspanne von 14 Monaten, da es aufgrund der Variabilität der Trauerverläufe nicht angemessen sei, früher eine Diagnose zu stellen. Außerdem trägt er dem Umstand Rechnung, dass es nach 12 Monaten zu der Jäh- rung des Todestages kommt, an dem sich ein besonders heftiger Ausschlag der bis dahin erreichten Trauerreaktion zeigt.

Allerdings wird durch die beschriebenen Kriterien der traumatische Aspekt der Trauersymptomatik in besonderer Weise akzentuiert, so dass nicht alle Formen pathologischer Trauer unter die von Horowitz et al. (1997) und Prigerson et al. (1999) vorgeschlagene Klassifizierung subsumiert werden können. Es wird daher auch häufig synonym der Begriff „Traumatische Trauer“ (Prigerson et al., 1999) verwendet. Bisher liegen keine standardisierten, nosologischen Diagnosekriterien oder Behandlungsleitlinien zur Behandlung pathologischer Trauer vor, weshalb das Spektrum der Symptome verschiedene Bezeichnungen erhält (Beutel, 2002, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Kersting, Fisch & Suslow, 2003, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Tomita & Kitamura, 2002, zitiert nach Scheidt et al., 2007). Klinische Korrelate pathologischer Trauer sind Depression, Angst- und Panikstörungen, Generalisierte Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Beschwerden wie z.B. Unterbauchbeschwerden als Somatisierungsstörung oder Hypochondrie sowie Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (Zisook, Schneider & Shuchter, 1990, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Beutel et al., 1995c, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Beutel et al., 1995b, zitiert nach Scheidt et al., 2007) und liegen oft noch 6-9 Monate nach dem Verlust in klinisch relevanter Ausprägung vor (Condon, 1986, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Lasker & Toedter, 1991, zitiert nach Scheidt et al., 2007). Pathologische Trauer kann sich in diesen manifestieren (Ditz, 2001).

Die Prävalenz einer pathologischen Trauererkrankung nach prä- und perinatalem Kindsverlust liegt bei etwa 20%, es lassen sich laut einer retrospektiven Untersuchung nach 14 Monaten manifeste psychische Erkrankungen feststellen (Kersting, 2007b). Nach Kersting (2002, 2005, 2007a, 2007b, 2009) trauern viele Frauen noch Jahre nach einer Totgeburt intensiv um ihr Kind. 20 - 30% aller Frauen leiden nach einem prä- und perinatalen Verlust ihres Kindes unter signifikanten psychischen und somatischen Symptomen (Chambers & Chan, 2004, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Turton, Hughes & Evans, 2001, zitiert nach Scheidt et al., 2007). Nach Clarke und Williams (1987, zitiert nach Scheidt et al., 2007), Dorner und Atwell (1985, zitiert nach Scheidt et al., 2007) und Forrest, Standish und Baum (1982, zitiert nach Scheidt et al., 2007) liegen diese bei annähernd 25% aller von einem Kindsverlust betroffenen Frauen noch Jahre nach der Verlusterfahrung in klinisch relevanter Intensität vor.

Depressive Reaktionen lassen sich unmittelbar nach der Verlusterfahrung bei 20-36% aller betroffenen Frauen beobachten, unabhängig davon, ob es sich um eine Fehl- oder Totgeburt handelte (Toedter, Lasker & Janssen, 2001, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Beutel et al., 1993, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Neugebauer et al., 1992, zitiert nach Scheidt et al., 2007). Erhöhte Depressionswerte liegen noch ein Jahr nach dem Verlustereignis bei bis zu einem Fünftel der betroffenen Frauen vor (vgl. Scheidt et al., 2007).

Die Untersuchung von Cogle, Reardon und Coleman (2003, zitiert nach Kersting, Roestel & Kroker, 2008) zeigte, dass Frauen, die ihr Kind während der Schwangerschaft verloren hatten, im Vergleich zu Frauen gesunder Kinder im Verlauf von 8 Jahren nach dem Verlust ein um 65% erhöhtes Risiko aufwiesen, an einer Depression zu erkranken.

Nach Geller, Kerns und Klier (2004, zitiert nach Scheidt et al., 2007) wurden Angststörungen bisher nur unzureichend berücksichtigt. Nach Geller et al. (2004) und Lee und Slade (1996, zitiert nach Scheidt et al., 2007) besteht in den ersten 6 Monaten ein erhöhtes Risiko für Angststörungen.

Nach Bowles, James und Solursh (2000, zitiert nach Scheidt et al., 2007) erfüllen 10% aller Frauen (Verlusterlebnis vor der 20. Schwangerschaftswoche) unmittelbar nach der Verlusterfahrung die DSM-IV-Kriterien einer akuten Belastungsstörung, von denen 1% nach Ablauf eines Monats Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen. Nach Engelhardt, van den Hout und Arntz (2001, zitiert nach Scheidt et al., 2007) erfüllen 25% der Frauen einen Monat nach der Verlusterfahrung die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD). Verglichen mit anderen Traumata zeigen epidemiologische Studien zur Prävalenz der PTSD, dass der überraschende Tod eines nahen Angehörigen ein eher geringes Risiko darstellt, an einer PTSD zu erkranken (Kersting, 2001). Aufgrund des häufigen Vorkommens ist dieses Ereignis jedoch für ein Drittel der PTSD-Erkrankungen der Bevölkerung verantwortlich (Breslau, 1998, zitiert nach Kersting et al., 2001).

Nach Hunfeld, Wladimiroff und Passchier (1997, zitiert nach Scheidt et al., 2007) treten somatische oder somatoforme Beschwerden in Verbindung mit Depressionen, Angst und pathologischer Trauer auf.

Der Zusammenhang zwischen einer ungelösten Trauersymptomatik und somatoformen Beschwerden wird von den Behandlern häufig nicht erkannt.

### 3.6. Pathologische Trauer und posttraumatische Belastungsstörung

Ein Kennzeichen traumatischer bzw. pathologischer Trauer ist der abrupte Wechsel von Intrusionen, d.h. die Überflutung von belastenden, unkontrollierten Erinnerungen an den Verstorbenen oder die näheren Todesumstände. Ein weiteres Kennzeichen ist die Verleugnung und Vermeidung von allem, was an den Verlust erinnern könnte. Intrusionen und Vermeidung zeigen eine deutliche Nähe zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und legen die Frage nahe, ob es sich um eine Variante der PTSD handelt (Kersting et al., 2001).

Zur Anschaulichkeit sind hier noch einmal in Tabelle 3 die Kriterien von dem bereits dargestellten Modell zur pathologischen Trauer von Horowitz et al. (1997) und der PTSD gegenübergestellt (Kersting et al., 2001).

Tab. 3: Gegenüberstellung von Pathologischer Trauer und PTSD

<b>Pathologische Trauer (Horowitz et al. 1997)</b>	<b>PTSD (DSM-IV)</b>
<b>Verlust einer nahe stehenden Person vor mindestens 14 Monaten</b>	<b>Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis</b>
<i>Mindestens 3 der folgenden 7 Symptome</i>	
<i>Intrusive Symptome</i>	<i>Intrusive Symptome</i>
- Intrusive Erinnerungen an den Verstorbenen	- Wiedererleben des traumatischen Ereignisses durch Intrusionen (flashbacks, Träume)
- Schmerz und heftige Emotionen bezüglich des Verstorbenen	- Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt
- Starke Sehnsucht oder Wünsche, der Verstorbenen wäre noch am Leben	- Intensive Belastung durch Reize, die an das Trauma erinnern
- Vermeidung und Unfähigkeit, mit dem Verlust zu leben	- Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind
- Gefühle der Einsamkeit und Leere	- Gefühl der Entfremdung von anderen

- Meiden von Menschen, Plätzen oder Aktivitäten, die an den Verstorbenen erinnern	- Gefühl einer eingeschränkten Zukunft - Symptome erhöhten Arousal
- Schlafstörungen	- Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz
- Verlust von Interesse an beruflichen, sozialen oder anderen Aktivitäten bedeutenden Ausmaßes	
	Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
Auftreten der Symptomatik in den letzten Monaten, insgesamt 14 Monate nach dem Tod einer nahe stehenden Person	Dauer der Symptomatik: länger als einen Monat

Neben den Gemeinsamkeiten lassen sich einige Unterschiede feststellen wie z.B. die Qualität der Intrusionen. Bei der PTSD beziehen sich diese auf das traumatische Ereignis und damit auf Gefahr und Bedrohung, bei der pathologischen Trauerreaktion geht es um die Überschwemmung mit negativen wie positiven Erinnerungen an den Verstorbenen. Auch das Vermeidungsverhalten unterscheidet sich. Bei der PTSD werden Reize vermieden, die an das Trauma erinnern und mit Hilflosigkeit und Panik einhergehen können. Pathologisch Trauernde meiden hingegen andere Menschen und Aktivitäten, die Erinnerungen an den Verstorbenen und den damit verbundenen Trennungsschmerz wachrufen.

Auch wenn in den 90er Jahren wesentliche Erkenntnisse im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung gewonnen werden konnten (Hoffmann, 1996; Yehuda, 1998, zitiert nach Kersting et al., 2001), sind phänomenologische Unterschiede zwischen akuter bzw. pathologischer Trauerreaktion und traumatischen Belastungssituationen kaum systematisch untersucht worden.

Green et al. (1985), Linday et al. (1983) und McFarlane (1988a, 1988b, zitiert nach Kersting et al., 2001) wiesen bereits auf die Unterschiede in der Behandlung hin, dass zunächst das Trauma und erst im Anschluss die Trauer bearbeitet werden könne.

Mit der Differenzierung zwischen Trauerreaktionen und der akuten Belastungsreaktion beschäftigten sich Pynoos et al. (1987a, 1987b, zitiert nach Kersting et al., 2001),

die eine Gruppe Schulkinder nach einem Angriff von Heckenschützen untersuchten. Sie stellten fest, dass die Konfrontation mit der Lebensgefahr mit hohen Werten auf der PTSD-Skala korrelierte, während die Nähe der Beziehung zu den dabei verstorbenen Kindern eine Korrelation mit der Ausprägung des Trauerindex aufwies. Außerdem manifestierten sich die Trauer- und PTSD-Symptome unterschiedlich, wiesen jedoch auch Gemeinsamkeiten auf.

Eine Hypothese, deren empirische Untersuchung noch aussteht, könnte in traumatischen wie z.B. gewaltsamen Todesumständen liegen, die die Nähe zur PTSD erklären könnte (Kersting et al., 2001). Es sei hier darauf hingewiesen, dass die PTSD zumeist komorbid verläuft. Häufigste Begleiterkrankungen sind Angststörungen, Depressionen, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit, Somatisierungsstörungen und Herz-Kreislauferkrankungen (Boerner, 2006).

### **3.7. Prolongierte Trauer als eigenständige Diagnosekategorie im DSM-V**

Nach den bisher dargestellten Schwierigkeiten bei dem Bemühen um eine eigenständige, abgrenzbare diagnostische Kategorie für das Krankheitsbild „Prolongierte Trauer“ soll dieses Krankheitsbild nach dem Vorhandensein folgender Kriterien im DSM-V diagnostiziert werden:

#### *Prolongierte Trauer*

A-Kriterium Chronische Sehnsüchte nach dem Verstorbenen

B-Kriterium Fünf der folgenden Symptome

1. Unglaube hinsichtlich des Verlusts
2. Bitterkeit hinsichtlich des Verlusts
3. Identitätskonfusion
4. Unfähigkeit anderen zu trauern
5. Emotionale Taubheit (Abwesenheit von Emotionen)
6. Empfindungen, dass das Leben leer und bedeutungslos ist ohne den Verstorbenen
7. Unvermögen, den Verlust zu akzeptieren

8. Unvermögen mit dem Leben fortzufahren (z.B. Freundschaften schließen, Interessen verfolgen)
9. Überwältigt durch den Verlust

C-Kriterium Erhebliche Beeinträchtigungen in wesentlichen Lebensbereichen

D-Kriterium Symptom seit mindestens 6 Monaten

(Kersting, 2009; auch Stroebe et al., 2008)

Die Risiken einer prolongierte Trauerreaktion sind die folgenden (Stroebe et al., 2008):

- Missbrauch in der Kindheit und ernsthafte Vernachlässigung
- Trennungsangst im Kindesalter
- Nahes Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen
- Unsicheres Bindungsmuster und Abhängigkeit
- Kontrollierende Eltern in der Kindheit
- Anzahl verbleibender Geschwister beim Tod der Eltern

Bisher musste für dieses Störungsbild auf andere Diagnosen im DSM-IV ausgewichen werden.

Auch wenn prolongierte Trauer häufig komorbid mit anderen psychischen Erkrankungen auftritt, konnten Faktorenanalysen ein unabhängiges Symptomcluster für Angst, Depression und Trauer bestätigen (Boelen et al., 2003, zitiert nach Kersting 2009; siehe auch Prigerson et al., 1995a, 1995b, 1996, 1997, zitiert nach Stroebe et al., 2008).

Nach Prigerson et al. (1997, zitiert nach Kersting, 2009) besteht im Vergleich zu Individuen, die nicht die Kriterien für eine prolongierte Trauerreaktion erfüllen, ein erhöhtes Risiko für aktuelle und zukünftige depressive Erkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, generalisierte Angststörungen, Suizidalität, funktionelle Beschwerden, beeinträchtigte Lebensqualität.

Weitere empirische Untersuchungen sind jedoch notwendig, um die pathologische Trauer und entsprechende Subgruppen zu erfassen und von einer Depression oder PTSD abzugrenzen. Es fehlen geeignete Messinstrumente. Die Weiterentwicklung theoretischer Trauerkonzepte sollte in konkrete Behandlungskonzepte münden (Kersting et al., 2001).

Da bisher zu wenige Studien mit einer klaren Diagnosestellung einer komplizierten Trauerreaktion vorliegen, bleibt gerade in diesem Bereich unklar, was therapeutisch wirklich hilft (Rosner & Hagl, 2007).

Für die Entstehung der pathologischen Trauerreaktion ist bisher immer von dem Verlust eines geliebten Menschen als Auslöser ausgegangen worden. Die Auswirkungen von Objektverlusten z.B. durch Trennung oder Scheidung oder der Verlust des sozialen Umfeldes ist bisher nicht unter dem Aspekt der pathologischen Trauer untersucht worden (Kersting et al., 2001).



## 4. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverlauf

Die individuellen Ausdrucksformen von Trauer, als emotionale Reaktion auf einen Verlust, sind vielfältig und können in verschiedenen kulturellen Gruppen stark variieren. Vor diesem Hintergrund stellt die geschlechtsspezifische Unterscheidung im Trauerverlauf eine Herausforderung dar.

In einer bevölkerungsbasierten Kohortenstudie von Li et al. (2005, zitiert nach Kersting, 2007a) in der alle Dänen der Jahrgänge 1952 bis 1999 untersucht wurden, die mindestens ein Kind unter 18 Jahren hatten, zeigte sich, dass nach dem Tod eines Kindes vor dem 18. Lebensjahr die Mütter ein um 78% erhöhtes Risiko hatten, wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt zu werden, gegenüber vergleichbaren Müttern ohne Verlust eines Kindes. Das Risiko bei den Vätern war mit einer 38%-igen Erhöhung deutlich geringer. Das Risiko war im ersten Jahr nach dem Tod des Kindes am höchsten, aber auch noch nach fünf Jahren wurden Eltern signifikant häufiger stationär behandelt, am häufigsten wegen depressiver Erkrankungen.

In einer anderen Untersuchung an über 21.000 Eltern zeigte sich, dass der Verlust eines Kindes für die Mütter in den ersten drei Jahren danach mit einer erhöhten Mortalität verbunden war (Li. et al., 2003, zitiert nach Kersting, 2007a).

Dies deutet darauf hin, dass sich Männer und Frauen möglicherweise in ihrer Art zu trauern und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten unterscheiden. Allerdings zeigte sich bei der Durchführung der Studien zur Klärung dieser Frage bei der Datenerhebung ein Gender Bias. Witwer waren im Vergleich zu Witwen weniger bereit an Studien teilzunehmen, wenn es sich um ein Interview handelte, Witwen waren weniger bereit, einen Fragebogen auszufüllen (Stroebe, 1998, zitiert nach Kersting, 2007a).

Zeanah et al. (1995, zitiert nach Kersting, 2007a) untersuchten 82 Frauen und 47 Männer nach dem perinatalen Verlust ihres Kindes und konnten zeigen, dass die Intensität der Trauer der Mütter die Trauer der Väter übertraf. Bei einer Gruppe von Vätern (ca. 25%) jedoch lagen die Trauerwerte über denen ihrer Partnerinnen. Die

Autoren vermuten, dass es Vätern möglicherweise schwerer fiel, ihre Probleme im Umgang mit dem Verlust zu erkennen und zu äußern.

In seiner Studie zu den Reaktionen von Männern auf den Spontanabort ihrer Partnerin konnte Willner (1998) zeigen, dass auch Männer nach einem Spontanabort trauern, wenn auch in der Regel weniger intensiv und anhaltend. Männer empfanden ihre Trauer in ähnlicher Weise, brachten sie jedoch weniger offen zum Ausdruck, depressive Reaktionen kamen weniger häufig vor, die Sorge um die Partnerin stand im Mittelpunkt, mehr als die Trauer um das verlorene Baby, sie fühlten sich durch eine intensive Trauer der Partnerin überlastet.

Vance et al. (1995, zitiert nach Kersting, 2007a) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass sich zwischen den trauernden Eltern zu allen Messzeitpunkten (2, 8, 15 und 30 Monate) signifikante Geschlechtsunterschiede für das beschriebene Maß an Angst und Depression zeigten, aber die Unterschiede verringerten sich, wenn die Alkoholproblematik mit einbezogen wurde, so dass sie nur noch nach 2 und 8 Monaten Signifikanzniveau erreichten. Die Frauen zeigten insgesamt ein höheres Ausmaß an Angst und Depression, Männer gaben einen höheren Alkoholkonsum an.

Es kann angenommen werden, dass es geschlechtsspezifische Coping-Strategien gibt (z.B. Untersuchung von Murray & Terry, 2001, zitiert nach Kersting, 2007a). Wenn lediglich Parameter wie Angst und Depression erhoben werden, scheinen Frauen durch den Kindsverlust schwerer betroffen. Bei gleichzeitiger Einbeziehung von Alkoholkonsum verringerten sich die Unterschiede. Diskutiert wird, dass Männer versuchen, ihre Gefühle möglicherweise so zu kontrollieren.

Diskordante weibliche und männliche Coping-Stile können die Partnerschaft sehr belasten. Frauen haben das Bedürfnis über den Tod ihres Kindes zu sprechen (Swanson et al., 2003, zitiert nach Kersting, 2007a), Männer tun sich hingegen eher schwer, ihre Gefühle auszudrücken und neigen eher dazu, den Verlust zu verleugnen (Stinson et al., 1992, zitiert nach Kersting, 2007a). Frauen können diese Zurückhaltung ihrer Männer missverstehen und erleben dieses, als ob der Verlust für den Mann nicht so schlimm sei. Im Gegenzug versucht der Mann, seiner Partnerin Schmerz zu ersparen, wenn er sie nicht mit dem Thema in Berührung bringt. Eine offene Kommunikation wird vermieden. Es kommt nicht selten zu einer Trennung.

Ein Risikofaktor für verlängerte oder abnorme Trauerreaktionen waren diskongruente Trauerprozesse (Schaap et al., 1997, zitiert nach Kersting, 2007a).

Die Angabe der Belastung von den Eltern zu verschiedenen Zeitpunkten, auf die Studien von Korenromp et al. (2005) und Vance et al. (2002, zitiert nach Kersting, 2007a) hinweisen, legt auch die Vermutung nahe, dass ein Partner zunächst den stärker belasteten Partner stützt, um zu einem späteren Zeitpunkt selbst vom Partner gestützt zu werden.

Die gemeinsame Bewältigung einer Lebenskrise, wie der Verlust eines Kindes, kann eine stabile partnerschaftliche Beziehung festigen (Kersting et al., 2008).

## 5. Einfluss der Professionellen auf den Trauerverlauf nach Kindsverlust

Die Geburt eines toten oder nicht lebensfähigen Kindes ist sowohl für die Eltern als auch die Helfer traumatisch. Dies bedeutet, dass auch die Helfer konfrontiert sind, eigene traurige und schmerzliche Gefühle zuzulassen und bei sich zu akzeptieren. Der Rolle des Arztes wird jedoch gerade in der heutigen Zeit zugeschrieben, dass medizinisch fast alles möglich ist, auch mag das eigene Selbstverständnis so geprägt sein. Die Konfrontation mit den Grenzen ärztlicher Kunst, mit dem Tod und damit mit den eigenen Grenzen und eigener Hilflosigkeit stellt die emotionale Ausgangslage für das Handeln dar. „Oftmals münden eigene Ängste und Schuldabwehr beim behandelnden Arzt in Aktivismus. Dies scheint dazu zu dienen, die eigene Betroffenheit zu unterdrücken“ (Ditz, 2001, S.216). Jedoch beeinflusst die emotionale Haltung des Arztes bzw. der Helfer entscheidend wie sich der Trauerprozess für die Eltern gestaltet (Säflund, Sjögren & Wredling, 2004, siehe auch Kirkley-Best & Kellner, 1982).

Den Helfern kommt nach Worden (1991, zitiert nach Säflund et al., 2004, S. 137) die Rolle einer Art Übergangsobjekt zu: „Thus, they are valuable persons for the parents when the stillbirth occurs, and should be ready to be dropped when the parents no longer need their help“<sup>1</sup>. Eine weitere Belastung in der Beziehungsgestaltung für die Helfer stellt nach Meinung der Autorin die Projektion der Eltern von Gefühlen auf und Vorstellungen über die Helfer dar. Dieser Projektion, die aus früheren Beziehungserfahrungen resultieren, können die Helfer durch Schaffen einer vertrauensvollen Beziehung begegnen (Säflund et al., 2004).

Nach Parkes (1977, zitiert nach Säflund et al., 2004) lassen sich die zentralen Aufgaben der Geburtshelfer gegenüber Eltern, die ihr Kind verlieren, zusammenfassen in: informieren, beraten und unterstützen.

Die Art und Weise, wann den Eltern welche Informationen gegeben werden, können den Trauerprozess entscheidend beeinflussen. Unter Beraten ist eher eine flexible, auf die Bedürfnisse der Eltern bezogene (Zurück-)Haltung zu verstehen, die von

---

<sup>1</sup> Auf diese Weise bieten die Helfer sich als wertvolle Hilfsobjekte für die Eltern eines totgeborenen Kindes an, die jedoch darauf vorbereitet sein müssen, dass sich die Eltern wieder von ihnen abwenden, wenn sie nicht mehr gebraucht werden.

Sensibilität und Geduld geprägt ist. Bezüglich des Ansehens und Haltens des toten Kindes geht es z.B. um Ermutigung hierzu, jedoch dürfen sich die Eltern dazu nicht gedrängt fühlen. Die (wahrgenommene) Unterstützung der Eltern im Allgemeinen und ein vertrauensvoller Umgang bestimmen maßgeblich den weiteren Trauerverlauf. Ein Mangel an Information und Unsensibilität wurden von den Eltern am häufigsten kritisiert (Säflund et al., 2004).

Ärzte, Hebammen, Sozialarbeiter, Seelsorger [und Pflegepersonal] sind die Ansprechpartner Hilfe suchender Eltern. Es ist wichtig, dass diese für sich ein effektives Unterstützungssystem entwickeln (Parkes, 1988, zitiert nach Säflund et al., 2004, S. 132).

Säflund et al. (2004) hat in einer qualitativen Studie sechs entscheidende Qualitäten bezüglich des Verhaltens der Helfer ermittelt, die für die Eltern eine Art Wendepunkt im Umgang darstellen:

- Unterstützung im Chaos [Support in Chaos]: strukturierte Informationen (bezüglich Geburt und Kontakt mit dem Kind), Schritt für Schritt gegeben, mildern Verzweiflung und stärken die Bindung zum Kind.
- Unterstützung bei dem Kontakt mit und dem Verabschieden des Kindes [Support in Meeting with and Separating from the Baby]: Hilfe und Vorbereitung bezüglich der Gestaltung des Kontaktes mit dem Kind, Ängsten und Wünschen der Eltern Raum geben, das Kind ansehen, kleiden, halten, sich Zeit nehmen, den Abschied gestalten: die Qualität der gemeinsamen Zeit mit dem Baby ist entscheidend, nicht die Länge der Zeit - die ist grundsätzlich zu kurz.
- Unterstützung im Trauerprozess [Support in Bereavement]: nochmals und wiederholt mit dem behandelnden Arzt/der Hebamme reden können, die Erlaubnis zu trauern bekommen, sich nicht im Stich gelassen fühlen, sondern weiterhin begleitet, Austausch zwischen den Eltern fördern sowie Gespräche zu Angehörigen anbieten.
- Erklärung für die Totgeburt [Explanation of the Stillbirth]: Diagnose, um der Mutter Schuldgefühle und Ängste bezüglich erneuter Schwangerschaft zu nehmen.
- Organisation von weiterführender Betreuung [Organisation of the Care]: Krankschreibung solange wie benötigt, Möglichkeit von behandelndem Arzt/

Hebamme in erneuter Schwangerschaft betreut zu werden, sofern diese als empathisch erlebt wurden.

- Verstehen der eigenen Trauer [Understanding the Nature of Grief]: den Verlust und die dazugehörige Trauer anerkennen. Erinnerungsstücke wie Fotos, Fußabdruck etc. und das Kind gehalten zu haben, helfen zu verstehen, was passiert ist und worum die Eltern trauern.

Der Studie von Säflund et al. (2004) lag die Hypothese zugrunde, dass Eltern Unterstützung von den Helfern brauchen, um die Bindung zu ihrem Kind als Voraussetzung für den Trauerprozess zu festigen. Nach Parkes (1988, zitiert nach Säflund et al., 2004) ist die Qualität der Bindung zu dem verstorbenen Kind für den weiteren Verlauf entscheidend. Säflund et al. (2004) fanden in ihrer Studie bestätigt, dass die Eltern in der frühen Phase Unterstützung in der Bindungsgestaltung zu ihrem Kind benötigen. Diese Studie konnte die Hypothese bestätigen, dass die Helfer die Bindung der Eltern zu ihrem Kind festigen können und die Bindung der Eltern zu ihrem Kind von der emotionalen Haltung der Helfer in entscheidenden Augenblicken beeinflusst wird.

Beutel et al. (1995a und 1995b) konnten die Hypothese, dass Traurigkeit vor allem von der Bindungsbereitschaft und damit der Dauer der Schwangerschaft abhängt, im Vergleich von Abortpatientinnen mit Frauen mit einer Totgeburt bestätigen. Diese Frauen berichteten mehr Vorbereitungen auf das Kind und eine wesentlich intensivere Traurigkeit, jedoch keine erhöhte Depressivität.

„Die Ansicht ist weit verbreitet, dass Frauen nach einer Fehlgeburt umso stärker leiden, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist. Da aber eine Frau sofort beginnt, eine Beziehung zum Kind aufzubauen, wenn sie weiß, dass sie schwanger ist, kann die Trauer auch bei frühen Fehlgeburten sehr groß sein. Das sollte respektiert werden“ (Antonia von Bose, ev. Pastorin und Seelsorgerin der Uni-Frauen-Klinik Tübingen im Interview „Baby und Familie“ 10/2007).

„Für das Verlusterleben sind Schwangerschaftswoche und Geburtsgewicht unerheblich. Deswegen sollte mit den Eltern wie bei einer Totgeburt umgegangen werden“ (Kluge, 1998, S.163).

Der Verlust eines Neugeborenen wird von Außenstehenden oft in der Annahme verharmlost, die Eltern würden „lediglich“ um einen Verlust ihrer Wunschvorstellungen trauern (Deutsch, 1945, zitiert nach Schulze & Wermuth, 2007), zumal das Kind

kaum als Person gelebt hat und seinerseits Bindungen aufgebaut habe. Die Annahme, dass Mütter an Neugeborenen weniger starke Bindungen empfinden und deshalb kürzer oder weniger intensiv trauern bzw. seltener pathologische Trauerreaktionen zeigen, ist schlichtweg falsch (Schulze & Wermuth, 2007).

Zwar sind die protektiven Faktoren im Hinblick auf eine pathologische Trauerreaktion wenig bekannt, eine angemessene emotionale Unterstützung und Begleitung scheint hierbei jedoch von besonderer Bedeutung zu sein (Kersting et al., 2008). Nach Rade Stadt et al. (1996, zitiert nach Kersting et al., 2008) wurde auch in der Routinebehandlung von Frauen nach dem perinatalen Tod ihres Kindes in den vergangenen 20 Jahren zunehmend Wert auf eine empathische unterstützende Umgebung gelegt.

Nallen (2007) hat sich mit der Frage beschäftigt, was die Hebammen benötigen, um trauernden Eltern die angemessene Unterstützung zu geben, da dieses Ereignis eine große Herausforderung für die Arbeit der Hebammen darstellt.

Folgende Probleme wurden dabei identifiziert: Zeitdruck (Zeit für die Eltern haben, Zeit den Eltern geben), Emotionale Konfliktsituationen (z. B. Schuldgefühle gegenüber den Eltern angesichts von Gedanken wie „Es ist besser so“), Persönlichkeitsfaktoren (wie Selbstwert, Gesundheit, Bewältigungsmöglichkeiten, Verlusterlebnisse in der eigenen Geschichte), Schuldgefühle (Zweifel, alles getan, alles richtig gemacht zu haben), Umschalten zwischen Trauer und Freude (sobald man in ein anderes Zimmer geht). Als Voraussetzungen für die Unterstützung trauernder Eltern wurden Ausbildung und Training (im Umgang mit Trauernden), Kompetenz im Umgang mit verschiedenen Kulturen (große kulturelle Unterschiede im Umgang mit einem verstorbenen Baby), ein Berater zu diesem Thema als Ansprechpartner, Supervision, Kontinuität in der Begleitung sowie verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten genannt.

Mit den Unterschieden zwischen Müttern und Vätern in der Begegnung mit ihrem totgeborenen Kind haben sich Säflund und Wredling (2006, 2007) beschäftigt. Mütter und Väter hatten Angst, sich dem toten Kind zuzuwenden, es auf den Arm zu nehmen. Die Väter berichten von den gleichen starken Gefühlen wie Wärme, Stolz, Zärtlichkeit und Trauer beim Halten ihres Kindes wie die Mütter. Die Unterschiede nach drei Monaten bezüglich des Befindens von Müttern und Vätern sollte nach Säflund und Wredling Gegenstand weiterer Forschung sein.

Die Schwierigkeit, um ein totgeborenes Kind zu trauern, und die hilfreiche Unterstützung hierbei wurden z. B. bei Lewis und Page (1978) sowie bei Kirkley-Best und Kellner (1982) dargestellt. 1979 entwickelte Kellner das *Perinatal Mortality Counseling Program* (PMCP) am Shands Teaching Hospital in Florida: Ein interdisziplinäres Team als Ansprechpartner, bestehend aus einem Geburtshelfer, welcher auch die Funktion eines Koordinators übernimmt, um den Austausch zwischen allen Beteiligten sicherzustellen, einem Sozialarbeiter, einem Pathologen und einem Psychologen, um den vielfältigen Problemen gerecht zu werden, wurden hier als optimale Unterstützung betroffener Eltern etabliert, um den einzelnen Helfer vor emotionaler Überlastung zu schützen (Kellner, 1981, S. 30). 1994 wurde das Programm bereits an 1019 Familien evaluiert und ist nach persönlicher Auskunft von Prof. Kellner bereits weit verbreiteter Standard geworden. In Deutschland existiert ein solches Programm bisher nicht.

Der Leitgedanke des Vorgehens beim Umgang mit dem perinatalen Kindstod hat sich seit den 80er Jahren verändert. „Bis dahin ging man in den Kliniken von der Vorstellung aus, die Konfrontation der Mutter mit dem Kindstod sei besser zu vermeiden, so dass man das Ereignis mehr oder weniger leugnete. Die Mutter (Eltern) sollte das Kind nicht sehen, nicht an es denken, sich mit einer neuen Schwangerschaft trösten lassen. Es war, als hätte es nie ein Kind gegeben, das den Anspruch gehabt hätte, in die Familienreihe aufgenommen zu werden. Es bekam keinen Namen, es bekam kein Grab, gegenüber Verwandten wurde nicht darüber gesprochen. Das tote Kind wurde totgeschwiegen“ (Wehkamp, 1989, S.89).



## 6. Therapie nach Kindsverlust

Worden (1982,1991, 2001) hat eine hilfreiche Unterscheidung zwischen Trauerbegleitung und Therapie gegeben. Begleitung der Trauer meint die aktuelle Begleitung des Prozesses bei normaler, unkomplizierter Trauer wie beispielsweise im „widow-to-widow-mutual-program“ in der USA (Silverman, 1986). Hingegen erfordert komplizierte Trauer spezielle Techniken, wie sie in der Psychotherapie eingesetzt werden. Die Ziele der Trauerbegleitung bestehen darin, den gestörten oder unterbrochenen Trauerprozess einzuleiten und die Patienten bei der Trauerarbeit und Bewältigung durch den Wiederaufbau von Beziehungen zu unterstützen (Kersting, 2009).

Generell unterschieden werden können verschiedene Formen der Intervention: die primäre, sekundäre und tertiäre Intervention. Primäre Interventionen beziehen sich auf Interventionen für alle Trauernden unabhängig vom Bedarf und haben keinen Effekt. Sekundäre Interventionen beziehen sich auf Interventionen für Risikopatienten, eine pathologische Trauerreaktion zu entwickeln und haben einen moderaten kurzzeitigen Effekt. Tertiäre Interventionen sind gerichtet an Patienten mit einer pathologischen Trauerreaktion, Depression oder posttraumatischen Belastungsstörung und haben moderate bis stark anhaltende Effekte auf Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Trauer, Depression und Angst (Stroebe et al., 2007, zitiert nach Kersting, 2009).

Die Todesumstände sollten bei der Behandlung Trauernder beachtet werden, da es Hinweise gibt, dass unterschiedliche Todesumstände zu verschiedenen Ausformungen des Trauerprozesses führen können (Kersting et al., 2001).

### 6.1. Übersicht über Studien zur Behandlung nach Kindsverlust

Studien zur Behandlung nach Kindsverlust orientieren sich auch an allgemeinen Interventionsstudien nach dem Verlust einer nahe stehenden Person wie es z. B. Witwen und Witwer betrifft. Nach Beutel (2002) sind systematische Interventionsstudien nach dem Verlust einer nahe stehenden Person selten, obgleich in der Literatur praktikable, zeitbegrenzte Interventionsansätze beschrieben werden. Die bisherigen Studien sind jedoch nach Beutel (2002) ermutigend und sprechen für den Wert zeitlich

begrenzter Hilfen für Risikogruppen, auch wenn noch nicht geklärt ist, welche speziellen Behandlungsangebote für welche Hinterbliebene am sinnvollsten sind.

So konnte Raphael (1977, zitiert nach Beutel, 2002) zeigen, dass Beratungsgespräche von Witwen mit einem hohen Risiko für Erkrankungen zu signifikant weniger Beschwerden führten, was im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung gesehen wird. Ähnliches findet sich bei Parkes (1981, zitiert nach Beutel, 2002).

Mit zeitbegrenzter psychodynamischer Behandlung konnten Horowitz et al. (1984, zitiert nach Beutel, 2002) eine deutliche Besserung von Symptomen, Leistungsfähigkeit und Beziehungen Hinterbliebener erreichen.

Im Folgenden sind Studien dargestellt, die sich mit Interventionen nach dem perinatalen Verlust eines Kindes beschäftigen.

Forrest et al. (1982, zitiert nach Scheidt et al., 2007) untersuchte als einer der ersten in einer kontrollierten und randomisierten Studie die Wirkung einer einmaligen Trauerberatung von 50 Paaren nach dem perinatalen Verlust eines Kindes. Die Beratung umfasste Elemente wie die Ermutigung, das verstorbene Kind zu sehen, zu halten, ihm einen Namen zu geben, Fotos zu machen und Kontakt zu dem medizinischen Personal und den Hebammen aufzunehmen. Es zeigten sich 6 Monate nach dem Verlustereignis bei der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe signifikant geringere Werte auf den Angst- und Depressionsskalen sowie eine signifikant geringere Zahl psychischer Erkrankungen. Diese Unterschiede bestanden jedoch nach 14 Monaten nicht mehr, 80% aller Frauen hatten sich von ihren Symptomen erholt, so dass angenommen wird, dass die Intervention auf die Dauer der Trauerreaktion gewirkt hat.

Lake et al. (1987, zitiert nach Scheidt et al., 2007) führten eine Untersuchung an 78 Frauen nach dem perinatalen Verlust ihres Kindes durch und evaluierten eine Intervention, die 4 Sitzungen über einen Zeitraum von 4 bis 6 Monaten umfasste und folgende Elemente enthielt: Trost und Unterstützung, Real-werden-lassen des Verlusts, Beschreibung ambivalenter Trauerprozesse, Unterstützung des Emotionsausdrucks, Unterstützung offener Kommunikation unter Familienmitgliedern, Exploration der Partnerbeziehung etc. Die Untersuchung 6 Monate nach dem Verlust mittels eines Selbsteinschätzungs-Trauer-Fragebogens, an der jedoch nur noch insgesamt 34 Frauen teilnahmen, zeigte keine Unterschiede im Gesamtscore des Trauerfragebo-

gens, jedoch bestanden Unterschiede auf den Subskalen „Wut/Feindseligkeit“ und „körperliche Beschwerden“. Die Probandinnen der Interventionsgruppe wiesen geringere Werte auf im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Lilford et al. (1994, zitiert nach Scheidt et al., 2007) untersuchten 57 Paare, die einen perinatalen Kindsverlust erlitten hatten, einschließlich aufgrund eines Schwangerschaftsabbruches aus medizinischer Indikation. Als Intervention wurde eine zeitlich offene, nicht manualisierte, fokale Beratung durch einen erfahrenen Psychotherapeuten angeboten. Die Nachuntersuchung 16 bis 20 Monate später, mit einer hohen Dropout-Rate, zeigte keine Unterschiede bezüglich der Maße Trauer, Angst und Depression. Möglicherweise wurde allein der Messzeitpunkt zu spät gewählt, so dass auch zu einer möglichen Verkürzung des Trauerverlaufes keine Aussagen gemacht werden können.

Murray et al. (2000, zitiert nach Scheidt et al., 2007) führten eine beispielhafte Studie durch, die vor allem auch zu der Frage einen Beitrag leistet, bei welchen Personen eine Indikation für Maßnahmen zur sekundären Prävention besteht. In ihrer prospektiven Studie an 65 Vätern und 79 Müttern nach dem prä- und perinatalen Verlust ihres Kindes ab der 20. Schwangerschaftswoche erhielt die Experimentalgruppe Interventionen, die darauf zielten, den Verlust zu realisieren, den Ausdruck von seelischem Schmerz zu unterstützen und den Trauerprozess zu fördern. In dieser Studie fand neben den Messzeitpunkten 6 und 15 Monate nach dem Verlust auch eine Messung vor der Intervention statt. Es fand eine prospektive Einschätzung von Risikofaktoren für einen pathologischen Trauerverlauf statt, die folgende Kriterien mit einbezog: Mangel an sozialer Unterstützung, ambivalente Beziehung zum Kind, traumatische Umstände im Zusammenhang mit dem Verlust, andere schwierige Lebensumstände, problematische Persönlichkeitszüge und unbefriedigende Beziehungen innerhalb der Kernfamilie. Neben Angst, Depression und körperlichen Symptomen wurden als Ergebnisvariablen auch die partnerschaftliche Adaption und die Bewältigungsstrategien untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Probanden der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in allen untersuchten Variablen weniger belastet waren, was vor allem darauf zurückzuführen war, dass sich die Intervention bei den Probanden mit hoher Risikobelastung als wirksam erwies. Kein Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe dagegen zeigte sich für die Probanden mit geringer Risikobelastung.

Carrera et al. (1998, zitiert nach Scheidt et al., 2007) untersuchten Frauen nach einem perinatalen Verlust ihres Kindes auf die Wirksamkeit einer einjährigen Intervention und bezogen eine zweite Kontrollgruppe von Müttern gesunder Kinder mit ein. Die Intervention orientierte sich an der bereits oben dargestellten Studie von Lake et al. (1987) und enthielt folgende Elemente: Anerkennung des Kindes als Teil der Familie, Möglichkeit, das tote Baby zu sehen und zu berühren, Möglichkeit einer Beisetzung, Psychoedukation zum Trauerprozess, Förderung des Trauerprozesses, Warnung vor einer erneuten Schwangerschaft im Folgejahr, um eine Verschiebung der Trauerverarbeitung zu verhindern, Ermutigung der Eltern, Gefühle frei auszudrücken und offen über das verstorbene Kind zu sprechen. Im Vergleich zu der Gruppe von Müttern mit gesunden Kindern wies die Interventionsgruppe höhere Depressionswerte unmittelbar nach dem Kindsverlust auf. Im Vergleich zu der anderen Kontrollgruppe auch mit Kindsverlust aber ohne Intervention erreichte die Interventionsgruppe nach 12 Monaten signifikant geringere Depressionswerte und hatte sich der anderen Kontrollgruppe nahezu angeglichen.

Swanson (1999, zitiert nach Scheidt et al. 2007) untersuchte die Wirkung von drei einstündigen Beratungsgesprächen und konnte die Wirksamkeit dieser Intervention nach 6 Wochen zeigen, jedoch nicht mehr nach 4 Monaten oder einem Jahr. Damit scheint allein die vergangene Zeit als Heilfaktor ein wichtiger Faktor für den Trauerprozess zu sein.

Scheidt et al. (2007) kommen in ihrem Übersichtsartikel über die bisher publizierten Studien zur Behandlung von Eltern nach einem prä- und perinatalen Verlust ihres Kindes zu dem Schluss, dass Interventionen angezeigt und aussichtsreich sind, wenn ungünstige Risikofaktoren vorliegen, die den normalen Verlauf des Trauerprozesses behindern. Die bislang durchgeführten, kontrollierten, randomisierten Studien weisen deutliche methodische Mängel auf, so dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse begrenzt ist, keine klare Aussage zu der Überlegenheit unterschiedlicher Interventionsstrategien möglich ist, auch nicht im Vergleich zu unspezifischer psychosozialer Fürsorge. Die Bedeutung von therapeutischen Maßnahmen für die psychische Gesundheit nachfolgender Kinder ist bisher außer Acht gelassen worden.

## **6.2 Interventionsprogramme nach Kindsverlust**

### **6.2.1. Prävention**

Das Präventionsprogramm nach Kersting, Roestel & Kroker (2008) entstand vor dem Hintergrund jahrelanger klinischer Erfahrungen in der Begleitung und Behandlung von Eltern nach dem prä- und perinatalen Verlust eines Kindes und ist ressourcenorientiert. In fünf Therapiestunden werden spezifische Themenbereiche bearbeitet (Psychoedukation, Rückblick auf die Schwangerschaft, Geburt und Abschied von dem toten Kind, Beziehungen, Vorausschau über den möglichen weiteren Verlauf des Trauerprozesses und die Auswirkungen auf einen weiteren Kinderwunsch.

„Aber auch die Entscheidung, sich das tote Kind nicht anzusehen, kann für einen angemessenen Verlauf des Trauerprozesses sinnvoll sein. So möchten manche Eltern ihr Kind so in Erinnerung behalten, wie sie es im Verlauf der Schwangerschaft in ihrer Phantasie erlebten“ (Kersting et al., 2008).

### **6.2.2. Behandlung**

Das Behandlungsprogramm nach Shear et al. (Unveröffentlichtes Manuskript 2007, zitiert nach Kersting, 2009) enthält ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept und wurde bereits evaluiert. Obwohl sich auch die Interpersonelle Psychotherapie als effektiv in der Behandlung von pathologischer Trauer erwiesen hat, war dieser Behandlungsansatz im Vergleich noch effektiver (Kersting, 2009). Eine Besonderheit stellt die punktuelle Einbeziehung einer aktuellen Bezugsperson als Therapiebedingung dar, u.a. um eine verlässliche Beziehung herzustellen und eine Außenperspektive zu ermöglichen. Komponenten der Interventionen sind Psychoedukation, ein Trauertagebuch, Ziele und Belohnungen, Übungen täglicher Aktivitäten, Imaginationsübungen.

### **6.2.3. Internetgestützte Psychotherapie**

Da viele betroffene Eltern aus unterschiedlichen Gründen bisher auf eine professionelle Trauerbegleitung verzichten mussten, wurde ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördertes kostenloses Internet-basiertes Beratungsprogramm von Frau PD Dr. med. Kersting an der Universitätsklinik Müns-

ter ins Leben gerufen (Kersting, 2007b). Der gesamte Kontakt findet per E-Mail statt und umfasst 10 Sitzungen über einen Zeitraum von 5 Wochen. Vor Behandlungsbeginn müssen die TeilnehmerInnen Fragebögen zur Diagnostik ausfüllen, nicht geeignete TeilnehmerInnen werden telefonisch in der Weitervermittlung geeigneter Hilfsangebote unterstützt. Dieses Angebot stellt eine Ergänzung zu herkömmlichen Therapien dar und gilt als äußerst niederschwelliges Angebot. Im deutschsprachigen Raum steht man solchen Online-Therapien noch skeptisch gegenüber. Als Fazit kann jedoch festgestellt werden, dass Internet-gestützte Psychotherapie durchaus dazu geeignet ist, eine signifikante Reduktion der Symptomaten wie Depression, Psychosomatische Beschwerden, Angsterkrankungen, Substanzabhängigkeit und pathologische Trauer zu bewirken, wenn auch längere Katamnesen fehlen (Kersting et al., im Druck). Die Effekte sind vergleichbar mit den Effekten anderer Internet-Studien wie z. B. bei PTSD und pathologischer Trauer (z.B. Wagner et al., 2006, zitiert nach Kersting, 2009). Neben Müttern und Vätern mit einem prä- und perinatalen Kindsverlust können hier auch Eltern mit einem pränatalen Kindsverlust aufgrund eines medizinisch indizierten Abbruchs in der Spätschwangerschaft Hilfe finden.

#### **6.2.4. Geschlechterspezifische Programme**

Schuth et al. (1997, zitiert nach Kersting, 2007a) entwarfen zwei Interventionsprogramme für Witwen und Witwer, die geschlechtsspezifische Coping-Strategien berücksichtigen, eines mit einem emotionsfokussierten Schwerpunkt, und eines mit einem problemfokussierten Schwerpunkt. Jedes Geschlecht profitierte mehr von der weniger vertrauten Strategie.

Das Interventionsprogramm von Kersting und Rhode (2005, unveröffentlichtes Manuskript) berücksichtigt geschlechtsspezifische Aspekte bei der Bewältigung des Verlusts eines Kindes.

Das Wissen über geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewältigung von Verlusten ist bisher kaum in psychotherapeutische Konzepte eingegangen (Kersting, 2007a).

## 7. Das Ende von Trauer nach Kindsverlust

Beutel et al. (1995c), auch Beutel (2002) konnten zeigen, dass Trauer im Verlauf eines Jahres allmählich nachlässt. Gravierende und anhaltende Beeinträchtigungen in psychischer, körperlicher und sozialer Hinsicht traten hauptsächlich dann ein, wenn eine depressive Reaktion auf den Verlust erfolgte oder Trauer kombiniert mit einer depressiven Reaktion auftrat.

Untersuchungen von Zisook, De Vul und Click (1982, zitiert nach Scheidt et al., 2007) und Zisook, Shuchter und Lyons (1987, zitiert nach Scheidt et al., 2007) zeigen, dass Hinterbliebene auch trotz einer angemessenen Bewältigung des Verlusts noch 10 Jahre nach dem Verlust eines Angehörigen von Trauersymptomen wie häufigen Träumen von der verstorbenen Person sowie einer intensiven Sehnsucht nach dem Verstorbenen berichten.

Längerfristige Veränderungen nach den oben beschriebenen Trauerphasen sind ebenfalls zu verzeichnen. So berichten Kachoyeanos et al. (1993, zitiert nach Säflund et al., 2004) in ihrer Studie „Life transition of parents at the unexpected death of a school age and older child“, dass Eltern, die zwar einen Sinn des Todes ihres Kindes verneinen, die Werte in ihrem Leben jedoch seitdem grundsätzlich höher schätzen. Auch in der Studie von Säflund et al. (2004) beschreiben sich die Eltern als demütiger und dankbarer, nun nichts im Leben mehr als selbstverständlich zu nehmen.

Nach Worden (1987) kann man davon ausgehen, dass Trauer beendet ist, wenn Gedanken an den Verstorbenen keine Schmerzen mehr bereiten, dabei kann zwar Traurigkeit aufkommen, sobald man an einen verstorbenen Menschen denkt, den man geliebt hat, aber diese Traurigkeit ist anders als vorher – sie schmerzt nicht mehr. Das Ende des Trauerns kann man auch dann annehmen, wenn der Hinterbliebene sich mit seinen Gefühlen wieder dem Leben und den Lebenden zuwenden kann.

Auch bei einem normalen Trauerprozess ist nicht immer eine vollständige Erholung und Ablösung von dem Verstorbenen zu erwarten, was sich bei dem Verlust eines Kindes beobachten lässt (Wortmann & Silver, 1989, zitiert nach Beutel, 2002). Anstelle der Ablösung von dem Verstorbenen kommt es zu einer Transformation der inneren Repräsentanz des Objektes, bei gelungener Trauer auch nicht selten zu ei-

ner Vertiefung der inneren und äußeren Objektbeziehungen (Hagman, 1996, zitiert nach Beutel, 2002).



## **8. Neue Schwangerschaften und Auswirkungen auf nachfolgende Kinder**

Das Erleben einer Totgeburt kann die Mutter-Kind-Bindung an das nachfolgende Kind beeinträchtigen (Kersting et al., 2008). Armstrong und Hutti (1998, zitiert nach Kersting et al., 2008) konnten zeigen, dass Frauen nach einer Totgeburt in der Folgeschwangerschaft gehäuft unter Angstsymptomen leiden und eine weniger intensive Bindung zu dem ungeborenen Kind eingehen, als Frauen, die zuvor ein gesundes Kind geboren haben. Hughes, Turton und Evans (2002) berichteten, dass die nachfolgenden Kinder vermehrt ein desorganisiertes Bindungsverhalten zeigten.

Den Verlauf der Trauer zu verstehen und zu realisieren, was passiert ist, ist wichtig vor einer erneuten Schwangerschaft. Eine Begleitung bei einer erneuten Schwangerschaft wird empfohlen (Säflund et al., 2004).

Wollenstein und Rohde (2007) weisen darauf hin, dass die Trauer um ein verlorenes Kind trotz neuer Schwangerschaft anhalten und die Haltung zur Schwangerschaft beeinträchtigen kann. Bei anhaltender Belastung und Trauer ist ein Betreuungsangebot nötig, um frühzeitig den Aufbau einer guten Beziehung zwischen Mutter und Kind während und nach der Schwangerschaft fördern zu können.

## 9. Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung

In dieser Untersuchung sollen die nach wissenschaftlichen Befunden und allgemeiner Überzeugung für wichtig erachteten Einflussfaktoren auf das Trauererleben nach dem prä- und perinatalen Tod eines Kindes überprüft werden.

### 9.1. Allgemeine Einflussfaktoren

Nach Janssen, Cuisinier, de Graauw und Hoogduin (1997) haben sich viele retrospektive Studien mit Risikofaktoren für die Entwicklung einer komplizierten Trauerreaktion bei prä- und perinatalem Kindstod beschäftigt, die ich in Tabelle 4 zusammengefasst habe.

Es wurden verschiedene Risikofaktoren identifiziert, die mit der Intensität der Trauerreaktion zum Zeitpunkt der Messung verbunden waren. Janssen et al. (1997) sprechen von „grief intensity“, was im Folgenden mit Trauerintensität übersetzt ist. Der Nachteil retrospektiver Studien besteht allerdings darin, dass in der Rückschau kaum Aussagen über den Zustand im Vorfeld gemacht werden können und dass der Einfluss der zwischenzeitlichen Erfahrung des Kindsverlustes nicht berücksichtigt wird. Die Studien sind durch die zwischenzeitliche Erfahrung gefärbt und damit fehlerbehaftet.

Janssen et al. (1997) führten ebenso wie Toedter, Lasker und Campbell (1990) eine prospektive Längsschnittstudie auf der Basis der bisherigen Ergebnisse der retrospektiven Studien durch (Tabelle 4), mit dem Ergebnis, dass fortgeschrittene Schwangerschaftsdauer, neurotische Persönlichkeit vor dem Verlust, psychiatrische Symptome in der Vorgeschichte und keine lebenden Kinder wichtige Risikofaktoren für einen pathologischen Trauerverlauf der Frauen zu sein scheinen. Hingegen scheinen Schwangerschaftsverluste in der Vorgeschichte keinen Einfluss zu haben. Geringe Partnerschaftsqualität und wenig soziale Unterstützung wirkten sich ebenfalls negativ aus, nahmen jedoch nicht in entscheidender Weise Einfluss.

Nach Beutel et al. (1995a) liegen Risikomerkmale für depressive Reaktionen in einer Neigung zu depressiven Reaktionen, mangelnder Unterstützung durch den Partner und unbewältigten Belastungen im vorangegangenen Jahr und im Beruf.

Tab. 4: Ergebnisse der früheren Studien zu negativen Auswirkungen auf den Trauerverlauf

Variablen	Ergebnis	Autoren
<b>Schwangerschaftsbezogene Variablen</b>		
a.) längere Dauer der Schwangerschaft	bestätigt	Feeley & Gottlieb (1988), LaRoche et al. (1982), Theut et al. (1989), Toedter, Lasker & Alhadeff (1988)
b.) Schwangerschaftsverluste in der Vorgeschichte	bestätigt	Kennell, Slyter & Klaus (1970), Peppers & Knapp (1980).
	Nicht bestätigt	Benfield, Leib & Vollman (1978), LaRoche et al. (1982), Nicol et al. (1986), Smith & Borgers (1988-89), Toedter, Lasker & Alhadeff (1988), Turner et al. (1991).
c.) ambivalente Gefühle gegenüber Fetus	Widersprüchliche Ergebnisse	Graham et al. (1987), Kennell, Slyter & Klaus (1970), Laurell-Borulf (1982).
d.) Schwierigkeiten im Vorfeld, schwanger zu werden	Nicht bestätigt	Forrest, Standish & Baum (1982), Toedter, Lasker & Alhadeff (1988)
<b>Soziale Umwelt</b>		
a.) wenig Unterstützung von Partner	bestätigt	Cuisinier et al. (1993), Forrest, Standish & Baum (1982), Friedman & Gath (1989), Kennell, Slyter & Klaus (1970), LaRoche et al. (1984), Laurell-Borulf (1982), Nicol et al. (1986), Toedter, Lasker & Alhadeff (1988).
b.) wenig Unterstützung durch soziale Umwelt	bestätigt	Cuisinier et al. (1993), Forrest, Standish & Baum (1982), Friedman & Gath (1989), Laurell-Borulf (1982), Nicol et al. (1986), Tudehope et al. (1986).
<b>Personenbezogene Variablen</b>		
Psychiatrische Beschwerden	bestätigt	Cuisinier et al. (1993)
Psychiatr.+ körperliche Beschwerden	bestätigt	Toedter, Lasker & Alhadeff (1988)
Neurotisch mit geringem Selbstwert	bestätigt	Meuser, Davies & Marwit (1994-95), Sanders (1988), Stroebe, Stroebe & Domitter (1988).
<b>Demografische Variablen</b>		
a.) Alter	Kein Zusammenhang	Benfield, Leib & Vollman (1978), LaRoche et al. (1982), Laurell-Borulf (1982), Nicol et al. (1986), Rowe et al. (1978), Tudehope et al. (1986), Turner et al. (1991).
	Umgekehrt: ältere Frauen besserer Verlauf	Toedter, Lasker & Alhadeff (1988)
b.) Kinderlosigkeit	bestätigt	Graham et al. (1987), Toedter, Lasker & Alhadeff (1988).
	Nicht bestätigt	Friedman & Gath (1989), Laurell-Borulf (1982), Nicol et al. (1986), Rowe et al. (1978), Tudehope et al. (1986), Turner et al. (1991).
c.) religiöser Hintergrund	Kein Zusammenhang	Forrest, Standish & Baum (1982), Laurell-Borulf (1982), Nicol et al. (1986), Toedter, Lasker & Alhadeff (1988).
d.) und sozioökonomischer Status		

Aufgrund dieser Erkenntnisse werden in dieser Studie Dauer der Schwangerschaft, Schwangerschaftsverluste in der Vorgeschichte, Einstellung gegenüber der Schwangerschaft, Schwierigkeiten im Vorfeld, schwanger zu werden, Unterstützung vom Partner und der Umwelt, weitere Kinder und soziodemografische Variablen wie Alter, Konfession, Religiosität und Schulbildung als mögliche Einflussfaktoren auf das Trauererleben erhoben, um zu überprüfen, ob sich hier ebenfalls Zusammenhänge

ergeben. Die hier aufgeführten personenbezogenen Variablen wurden nicht mit aufgenommen, da die dafür notwendigen zusätzlichen Erhebungsinstrumente die Zeit der ProbandInnen insgesamt für die Beantwortung der Fragen der verschiedenen Fragebögen unpraktikabel erhöht hätte.

Entgegen der Annahme, dass Trauer über die Zeit stabil bleibt (Shuchter & Zisook, 1993; Wortman & Silver, 1989) konnten andere Studien zeigen, dass Trauer im Verlauf der Zeit abnimmt (Cuisinier et al., 1993; Stroebe et al., 1988, 1993; Gallagher-Thompson et al., 1993; Goldbach et al., 1991; McCrae & Costa, 1993 sowie die Studie von Janssen, 1997).

Auch Beutel et al. (1995a) konnten zeigen, dass Trauer im Verlauf eines Jahres allmählich nachlässt. Gravierende und anhaltende Beeinträchtigungen in psychischer, körperlicher und sozialer Hinsicht traten hauptsächlich dann ein, wenn eine depressive Reaktion auf den Verlust erfolgte oder Trauer kombiniert mit einer depressiven Reaktion auftrat.

Beutel et al. (1993) berichtet in seiner Studie 13-Monats-Nacherhebungsergebnisse zur Trauerverarbeitung nach einem Spontanabort, dass Trauersymptome bei den meisten Patientinnen innerhalb von 7 – 13 Monaten abnehmen. Depressivität und körperliche Allgemeinbeschwerden sind gegenüber den Normwerten nicht signifikant erhöht. Patientinnen mit späterer chronischer („pathologischer“) Trauer geben ein negativeres Erleben der vorausgegangenen Schwangerschaft an, ausgeprägte Vorbereitungen auf das erwartete Kind, eine unsichere berufliche und familiäre Situation und eine intensive psychische Belastung und Verzweiflung unmittelbar nach ihrem Abort. Somit wird in dieser Studie auch das Erleben des Schwangerschaftsverlaufes mit erhoben.

Im Folgenden wird die Studie von Hughes, Turton, Hopper und Evans (2002) dargestellt, weil dieser Studie ein zentraler Stellenwert in dieser Arbeit zukommt und zu der dritten Fragestellung (s. u.) führt.

## **9.2. Das Ansehen des toten Kindes als Einflussfaktor auf den weiteren Trauerprozess**

Bisher war es gängige Praxis, dass das Sehen und Halten des toten Kindes hilfreich und förderlich für den gesunden Trauerprozess ist.

Hughes, Turton, Hopper und Evans (2002) untersuchten in ihrer Studie 65 Frauen, die nach einer Fehlgeburt (nach der 18. SSW) erneut schwanger waren und keine lebenden Kinder hatten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe (N=60) bestand aus Frauen, die zum ersten Mal schwanger waren und in den gleichen Kliniken betreut wurden. Die beiden Gruppen waren nach Alter, ethnischer Herkunft und Bildungsniveau kontrolliert. Alle Teilnehmerinnen waren älter als 19 Jahre, hatten einen Partner und sprachen gut Englisch.

Frauen, die eine Fehl-/Totgeburt hatten, zeigten signifikant höhere Depressions-, Angstwerte und Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung im dritten Trimester der nachfolgenden Schwangerschaft als Frauen der Kontrollgruppe. Auch war die Wahrscheinlichkeit für sie höher, dass das Kind desorganisiertes Bindungsverhalten nach einem Jahr zeigt.

Von der Gesamtstudie ausgeschlossen wurden Frauen, die sich in Behandlung wegen einer körperlichen oder seelischen Erkrankung befanden oder deren Totgeburt das Ergebnis eines induzierten Abortes aufgrund von einer Behinderung des Kindes war. Alle Frauen wurden in einem Brief eingeladen, an der Studie im 3. Trimenon der Schwangerschaft teilzunehmen. Als abhängige Maße wurden Depression, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung erhoben (im 3. Trimenon) und noch einmal ein Jahr später. Bei der zweiten Messung wurde auch das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind miteinbezogen. Es wurde ein Gesamtwert berechnet: schlechte Werte (ängstlich-depressive Symptome) vs. keine schlechten Werte (nicht solche Symptome). Die vergleichenden Variablen schlossen auch ein, ob das tote Kind gesehen und gehalten wurde, eine Beerdigung hatte und ob Erinnerungsstücke an das tote Kind gesammelt wurden.

Erhoben wurden depressive Symptome mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden & Sagovsky, 1987), einem Selbstbeurteilungsverfahren, das aus zehn Items besteht und für die Anwendung in der Schwangerschaft validiert wurde. Ängstliche Symptome wurden mit dem Spielberger state-trait inventory erhoben

(Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Nach der Geburt ein Jahr später wurden depressive Symptome mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) gemessen. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wurden mit dem PTSD-1 Interview von Watson et al. (1991) erhoben, welches sich an die DSM-III R Kriterien anlehnt. Mit dem Fremde-Situations-Test wurde das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind erhoben.

Verhaltensweisen, die den Kontakt zum toten Kind förderten, waren mit einem schlechten Ausgang verbunden: Frauen, die ihr totes Kind gehalten hatten, waren häufiger depressiv als Frauen, die ihr Kind nur gesehen hatten, während bei Frauen, die ihr Kind nicht gesehen hatten, am seltensten eine Depression auftrat (13 von 33, 39%, vs. 3 von 14, 21%, vs. 1 von 17, 6%;  $p=0.03$ ). Frauen, die ihr Kind gesehen hatten, hatten häufiger Angststörungen ( $p=0.02$ ) und Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung ( $p=0.02$ ) als Frauen, die ihr Kind nicht gesehen hatten, und ihr nächst geborenes Kind zeigte häufiger unsicher gebundenes Verhalten (disorganized attachment behaviour) (18 von 43, 42%, vs. 1 von 12, 8%,  $p=0.04$ ). Dass eine Beerdigung stattgefunden hatte und Erinnerungsstücke vorhanden waren, war nicht mit einem schlechten Ausgang verbunden.

Hughes et al. (2002) interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass die gängige Praxis nachteilige Effekte für den Trauerprozess der Eltern haben kann.

Hughes et al. diskutieren, dass sich die Eltern, die ihr Kind gesehen und gehalten haben, von den Eltern unterscheiden, die dies nicht wünschten oder dem nicht zugestimmt haben. Ferner wird angenommen, dass diese Vorgabe in rigider Art angewandt wird, vor allem von mit dieser Situation unerfahrenem und ängstlichem Personal und der Wunsch der Eltern dann wenig respektiert wird.

Auch wenn es von den Autoren selbst kritisch angemerkt wird, sei hier darauf hingewiesen, dass Teilstichproben mit  $n<20$  ein deutlicher Kritikpunkt an dieser Studie darstellt. Es bleiben offene Fragen zum Vorgehen wie z. B. die Wahl der Messinstrumente und des Messzeitpunktes. Über 50% der Frauen waren nach weniger als einem Jahr erneut schwanger, 10 hatten zusätzlich zur Kindsverlusterfahrung einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Die Autoren berichten aus vorherigen Untersuchungen 1999 und 2001, dass 1/5 an Symptomen einer Depression und 1/5 an Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung in einer nachfolgenden Schwangerschaft leiden. Es bleibt somit Vorsicht geboten, so eine weit reichende

Aussage zum Zusammenhang von Ursache und Wirkung zu treffen. Auf der anderen Seite fordert diese Studie dazu auf, gängige Verfahren zu hinterfragen und möglicherweise ist die interindividuelle Variabilität zu hoch, um überhaupt ein Patentrezept geben zu können.

Die Ergebnisse in der **Studie von Hughes et al.** bezüglich des Ansehens des Kindes auf die Auswirkungen auf den Trauerverlauf sollen hier nun differenziert untersucht werden, die Berücksichtigung des elterlichen Wunsches, das Kind zu sehen oder/ zu sehen und zu halten, sowie die Möglichkeit der Eltern, eine eigene Entscheidung hierzu treffen zu können, werden dabei explizit mit erhoben.

Da diese Studie explorativ angelegt ist, werden keine gerichteten Hypothesen formuliert.

Den folgenden Fragestellungen wird zum einen in einer Intensivbefragung nachgegangen. Dabei wird in einem ausführlichen, persönlichen Interview den Eltern die Möglichkeit gegeben, frei zu erläutern, was ihnen zu den Fragen wichtig erscheint und in mehreren standardisierten Tests Trauer, Depressivität und Belastung erhoben.

Zum anderen wird den Fragestellungen in einer breiter angelegten Online-Erhebung nachgegangen, bei der eine aussagefähige Stichprobengröße erreicht werden konnte.

Sofern die Ergebnisse dieser beiden verschiedenen Erhebungswege übereinstimmen, sprechen diese für eine besonders aussagekräftige Güte der Ergebnisse.

### 9.3. Fragestellungen

In dieser Arbeit werden die folgenden drei Bereiche genauer untersucht: Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust, Einflussfaktoren auf Trauererleben und Depressivität, Auswirkungen des Ansehens auf Trauererleben und Depressivität.

### **9.3.1. Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust**

Zur Erfassung werden folgende Fragen in der Studie untersucht:

1. Wie sah die Schwangerschaft aus?
2. Wie sahen die Geburtsumstände aus?
3. Wie sah der Abschied von dem verstorbenen Kind aus?
4. Wie sah die Unterstützung im Trauerprozess aus?
5. Wie ist es mit weiteren Kindern?
6. Wie gestaltet sich die Partnerschaft?
7. Besteht aktuell eine Schwangerschaft?
8. Wie stellt sich Belastung dar?
9. Wie sieht das Trauererleben aus und wie stellt es sich dar?

Im Besonderen geht es um die Identifizierung von positiven und negativen Einflussfaktoren auf den weiteren Trauerprozess.

### **9.3.2. Einflussfaktoren auf Trauererleben und Depressivität**

Zur Erfassung werden folgende Fragen in der Studie untersucht:

1. Haben soziodemografischen Daten, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsumstände, Belastung, Partnerschaft, soziale Unterstützung einen Einfluss auf Trauererleben und Depressivität?
2. Was war hilfreich, was war hinderlich im Trauerprozess?

Es leiten sich aus der Studie von Hughes et al. (2002) insbesondere folgender Fragen zum Umgang mit dem toten Kind ab:



### 9.3.3. Auswirkungen des Ansehens des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse der Studie von Hughes et al. repliziert werden können. Zur Erfassung werden folgende zusätzliche Fragen in der Studie untersucht:

1. Welche Bedeutung hat der eigene elterliche **Wunsch**, das Kind zu sehen/nicht zu sehen auf Trauererleben und Depressivität?
2. Welche Bedeutung kommt der **Entscheidungsmöglichkeit** für bzw. gegen das Ansehen des Kindes zu im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität?
3. Welche Bedeutung kommt einer **Beratung** zu dieser Entscheidung zu im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität?
4. Gibt es Zusammenhänge zwischen dem **Ansehen** des toten Kindes mit soziodemografischen Daten, Daten zum Schwangerschaftsverlauf und den Geburts Umständen, dem Gefühl von Abschied, Unterstützung im Trauerprozess, Belastung, Partnerschaft, Trauer, Depressivität?

## 10. Methode

Das geplante Untersuchungsdesign musste im Verlauf der Untersuchung teilweise abgeändert und den besonderen Gegebenheiten der Stichprobe angepasst werden. Im Folgenden werden die verschiedenen Schritte im Entwicklungsprozess der Studie, die Stichprobenrekrutierung, die Erhebungsinstrumente sowie die Stichprobenzusammensetzung dargestellt.

### 10.1. Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign war als Längsschnittuntersuchung mit zwei Messzeitpunkten geplant. Der erste Messzeitpunkt wurde innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Verlustereignis in Form eines persönlichen Interviews durchgeführt (siehe Fragebogen und Interview im Anhang 1.1 bis 1.4). Eine zweite Messung sollte schriftlich sechs Monate später erfolgen. Aufgrund der zu geringen Teilnahme von nur fünf Paaren und einer weiteren Frau zum ersten Messzeitpunkt wurde diese allerdings nicht mehr durchgeführt. Stattdessen wurde ein neues Untersuchungsdesign in Form einer Onlineuntersuchung gewählt, wodurch wesentlich mehr Probanden gewonnen werden konnten. Dadurch sind zwei Stichproben entstanden, die im Folgenden mit Klinikstichprobe (persönliche Interviews mit den ersten fünf Paaren) und Onlinestichprobe (Befragung von 71 Teilnehmern über das Internet) bezeichnet werden und gesondert dargestellt sind.

Bei der Neufassung im Rahmen der Internetbefragung wurde die Studie in folgenden Punkten verändert: Die Erhebung wurde von zwei Messzeitpunkten auf einen Messzeitpunkt verändert, und es wurden andere Messinstrumente notwendig (siehe 10.4). Ursprünglich war die Studie auf Mütter und Väter mit einem Kindsverlust ab der 20. Schwangerschaftswoche bis 28 Tage post partum eingegrenzt. Diese Grenze wurde gewählt, um die Erfahrung von ersten Kindsbewegungen mit einzuschließen und um so für eine diesbezüglich homogene Stichprobe zu sorgen. Diese Eingrenzung wurde aufgegeben. Eltern mit Kindsverlusten ab der 14. Schwangerschaftswoche konnten jetzt auch teilnehmen. Die Voraussetzung der Geburt des Kindes blieb bestehen. Ausgenommen blieben Ausschabungen. Somit sind pränatale Verluste vor der 14./15. Schwangerschaftswoche ausgeschlossen. Der Ausschluss von Schwan-

gerschaftsabbrüchen gleich welcher Indikation blieb bestehen, wie auch bei der Klinikstichprobe, nicht weil die Trauer nach einem Schwangerschaftsabbruch geringer ist, aber sich durchaus unterscheiden kann. An dieser Stelle sind noch einmal beide Stichproben zum besseren Verständnis gegenübergestellt (Tabelle 5):

Tab. 5: Gegenüberstellung der beiden Stichproben

	<b>Klinikstichprobe</b>	<b>Onlinestichprobe</b>
Messzeitpunkt	Innerhalb der ersten 4 Wochen nach Verlust	Keine Einschränkung
Schwangerschaftswoche	Ab der 20.SSW	Ab der 14.SSW
Erhebungsmethode	Persönliches Interview	Online-Befragung
Erhebungsinstrumente	Eigener Interviewleitfaden Eigener Fragebogen Partnerschaftsfragebogen Münchener Trauerskala Brief Symptom Inventory Beck-Depressions-Inventar Peritraumatic Distress Inventory	Eigener Fragebogen  Münchener Trauerskala  Depressionsinventar

## Exkurs: Mögliche Gründe für die geringe Teilnahme

Bei der Darstellung der Studie im direkten Kontakt mit leitenden Ärzten, leitenden Hebammen, der Seelsorge und in Teambesprechungen von Ärzten und Hebammen wurde der Studie großes Interesse entgegengebracht und Unterstützung zugesagt. Lange Zeit blieb unklar, warum kein Rücklauf erfolgte. Gab es keine Fälle, hatten die Eltern kein Interesse, wurde das Informationsschreiben bzw. die Studie im Alltag einfach vergessen? Vor allem der erste Grund wurde durch einen Artikel am 08.08.08 in der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung entkräftigt. Unter der Überschrift „Letzte Ruhe für ungeborene Kinder“ war zu lesen, dass in den drei großen Krankenhäusern im Raum Hannover, der MHH, dem Henriettenstift und dem Friederikenstift zusammen jährlich 200 Kinder totgeboren werden, die unter 500 Gramm wiegen. Was waren also die Gründe?

Es ist anzunehmen, dass die Schwierigkeiten der Rekrutierung einer Stichprobe Ausdruck der emotionalen Tiefe des Themas sind. Möglicherweise ist es schwierig für die Betroffenen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen - und zwar sowohl für

Professionelle als auch für die Betroffenen. Der Umgang mit trauernden Eltern löst bei der Umgebung häufig Ängste und Unsicherheit aus, was somit zu Vermeidung des Kontakts mit den betroffenen Eltern, der Studie, oder auch der gedanklichen Beschäftigung mit dem Thema Tod und Trauer führen kann. Die ursprünglich beabsichtigte umfangreiche, persönliche Begleitung des Trauerprozesses der Eltern und der Erhebung des Trauerverlaufes war somit nicht möglich. Das Interesse und die zugesagte Unterstützung waren jedoch sicherlich sehr ernst gemeint.

Die Vermutung, die selbst vorgegebene Eingrenzung der Studienteilnehmer auf Personen mit Verlusten ab der 20. Schwangerschaftswoche grenze die Stichprobe zu stark ein, konnte nicht bestätigt werden, da sich der Zulauf aus den Kliniken nicht änderte, nachdem diese Voraussetzung gelockert wurde.

## 10.2. Stichprobenrekrutierung

### 10.2.1. Rekrutierung der Klinikstichprobe

Der Prozess der Rekrutierung der Stichprobe gestaltete sich als schwierig und langwierig. Im März 2006 wurden hierzu sämtliche Geburts- und Kinderkliniken in der Region Hannover – Hildesheim – Braunschweig angeschrieben.

Angeschriebene Kliniken:

- Medizinische Hochschule **Hannover (MHH)**
- Frauenklinik Klinikum **Hannover**
- Vinzenzkrankenhaus **Hannover**
- Henriettenstiftung **Hannover**
- Friederikenstift **Hannover**
- Kinderklinik auf der Bult **Hannover**
- Robert-Koch-Krankenhaus **Gehrden**
- Klinikum **Hildesheim**, Frauenklinik
- Klinikum **Hildesheim**, Kinderklinik
- St. Bernward Krankenhaus **Hildesheim**
- Paracelsus-Klinik Am Silbersee **Langenhagen**,
- Gemeinschaftspraxis Dr. Brörken, Fr. Dr. Eger, Herr Kotula
- Kreis- und Stadtkrankenhaus **Alfeld/Leine**

- Allg. Krankenhaus **Celle**
- Klinikum **Peine**
- Klinikum **Braunschweig** Celler Str.
- Marienstift Braunschweig
- Klinikum Salzgitter Lebenstedt
- St. Elisabeth Krankenhaus **Salzgitter**

Von den angeschriebenen Kliniken sagten vorerst folgende Kliniken ihre Unterstützung zu:

- MHH
- St. Bernwardkrankenhaus Hildesheim
- Friederikenstift Hannover
- Henriettenstiftung Hannover
- Frauenklinik Klinikum Hannover
- Kreis- und Stadtkrankenhaus Alfeld
- Allgemeines Krankenhaus Celle
- Marienstift Braunschweig

Absicht und Inhalt der Studie wurden nach den jeweiligen Gegebenheiten im Rahmen einer teamübergreifenden Hebammenbesprechung, in Einzelgesprächen mit dem Chefarzt, der leitenden Hebamme oder der Seelsorge näher erläutert. Die Kliniken erhielten ein Informationsschreiben für die Eltern (siehe Anhang 4), in dem Ablauf und Ziel der Studie erklärt wurde und das den Eltern von den Kliniken ausgehändigt werden sollte.

Als Voraussetzung für die Durchführung der Studie an der MHH wurde die Genehmigung zur Durchführung der Studie bei der Ethik-Kommission der MHH beantragt und am 23.01.07 bzw. 19.06.07 genehmigt.

Letztlich bestand nur ein regelmäßiger Kontakt zu folgenden Kliniken:

- MHH
- St. Bernwardkrankenhaus Hildesheim
- Friederikenstift Hannover
- Henriettenstiftung Hannover
- Allgemeines Krankenhaus Celle

### 10.2.2. Rekrutierung der Online-Stichprobe

Um einer großen potenziellen Teilnehmerzahl zugänglich zu sein und somit eine ausreichend große Stichprobe für mögliche Aussagen zu den Fragestellungen zu erhalten, wurde der Fragebogen unter der Adresse [www.supervisionen.org](http://www.supervisionen.org) überarbeitet in das Internet gestellt. Neben der Veränderungsmitteilung an die Kliniken wurden folgende einschlägige Internetforen Anfang Juli 2007 angeschrieben, um auf die Studie hinzuweisen und zur Teilnahme aufzurufen:

- Initiative Regenbogen [www.initiative-regenbogen.de](http://www.initiative-regenbogen.de)
- Verwaiste Eltern in Deutschland e.V. [www.veid.de](http://www.veid.de)
- Schmetterlingskinder [www.schmetterlingskinder.de](http://www.schmetterlingskinder.de)
- Engelskinder Deutschland [www.engelskinder.de](http://www.engelskinder.de)
- Maximilianprojekt [www.maximilianprojekt.de](http://www.maximilianprojekt.de)
- Verwaiste Väter [www.verwaiste-vaeter.de](http://www.verwaiste-vaeter.de)
- Zu früh gestorben [www.zu-frueh-gestorben.de](http://www.zu-frueh-gestorben.de)
- Die Übersichtsliste der Foren [www.geburtskanal.de](http://www.geburtskanal.de)

Die Initiative Regenbogen veröffentlichte in ihrem Mitglieder-Info-Heft vom Oktober 2007 einen Aufruf zur Teilnahme an der Studie. Über die Leiterinnen der Trauergruppen in Hannover und Göttingen wurden auch ehemalige GruppenteilnehmerInnen angeschrieben und auf die Studie hingewiesen. Am erfolgreichsten erwies sich die Online-Veröffentlichung eines Interviews zu meinem eigenen Erleben meines Kindsverlustes verbunden mit einem Aufruf zur Teilnahme an der Studie Ende Januar 2008 in der Zeitschrift *Brigitte*. Es war möglich bis April 2008 an der Studie teilzunehmen.

## 10.3. Stichprobenbeschreibung

### 10.3.1. Beschreibung der Klinikstichprobe

Nach Ablauf eines Jahres hatten 11 Probanden teilgenommen, davon fünf Paare.

Die fünf Männer und sechs Frauen erlebten im Durchschnitt einen Kindsverlust in der 35. Schwangerschaftswoche ( $M=34,67$ ;  $SD=7,76$ ; frühester Verlust: 20. Schwanger-

schaftswoche, spätester Verlust: 41. Schwangerschaftswoche Die Männer und Frauen waren im Durchschnitt 33,9 Jahre alt (Frauen:  $M=31,50$  Jahre;  $SD=5,17$  Jahre; Männer:  $M=36,80$  Jahre;  $SD=6,54$  Jahre). Fast die Hälfte (45,5%) war verheiratet (3 Frauen; 2 Männer). 54,5% waren berufstätig (3 Frauen; 3 Männer). Zwei Frauen hatten Abitur, 63,6% einen Realschulabschluss (4 Frauen; 3 Männer), ein Mann hatte einen Hauptschulabschluss und ein Mann keinen Schulabschluss.

Vier Frauen waren evangelisch, eine Frau katholisch und eine Frau muslimisch. Alle fünf Männer sind evangelisch. Vier Frauen bezeichneten sich als „religiös“, alle fünf Männer sich als nicht religiös.

Der zeitliche Abstand zwischen dem Tag des Kindsverlustes und dem Erhebungstag betrug im Durchschnitt einen Monat ( $M=1,00$  Monate,  $SD=0,63$  Monate), mit einem Minimum von 0,5 Monaten und einem Maximum von 2 Monaten.

### **10.3.2. Beschreibung der Onlinestichprobe der Frauen**

An der Online-Studie nahmen insgesamt 71 betroffene Eltern teil, davon 66 Mütter und 5 Väter. Ausgeschlossen wurden vorab TeilnehmerInnen,

- bei denen entscheidende Angaben wie Verlustzeitpunkt oder Aussagen zum Sehen und Halten des Kindes fehlten.
- die den konzeptuellen Überlegungen entgegenstanden z. B. dadurch, dass das Kind nicht geboren wurde, sondern durch Ausschabung entfernt wurde, wie das in den ersten Schwangerschaftswochen üblich ist, oder dadurch, dass es sich um einen Schwangerschaftsabbruch handelte.

Im Folgenden sind bei allen Ergebnissen die fünf Väter ausgenommen worden. Die Ergebnisse für diese Stichprobe finden sich in Anhang 3. Auf die geringe Teilnahme der Männer wird im Diskussionsteil eingegangen.

Die Frauen waren im Durchschnitt 39,5 Jahre alt ( $M=39,48$  Jahre,  $SD=7,87$  Jahre). Die Mehrheit war verheiratet (78,8%) und berufstätig (75,8%). Sie stammte hauptsächlich aus der höheren Bildungsschicht: 69,2% hatten ihre schulische Laufbahn mit Abitur abgeschlossen, 27,7% hatten einen Realschulabschluss, 3,1% einen

Hauptschulabschluss. 56,1% bezeichneten sich als „religiös“, 43,9 % als „nicht religiös“.

Die Frauen hatten ihr Kind im Durchschnitt in der 29. Schwangerschaftswoche verloren (M=28,95 Wochen, SD=7,31 Wochen; Minimum =16. Schwangerschaftswoche, Maximum =41. Schwangerschaftswoche).

Der zeitliche Abstand zwischen dem Tag des Kindsverlustes und dem Erhebungstag betrug im Durchschnitt 95,1 Monate (M=95,1 Monate, SD=94,64 Monate), was 7,9 Jahren entspricht, mit einem Minimum von 1 Monat und einem Maximum von 31,7 Jahren. Tabelle 6 zeigt die Verteilung der Frauen auf die verschiedenen Gruppen, wenn jeweils die Frauen zusammengefasst werden, bei denen der Verlust weniger als 1 Jahr, 1 bis 3 Jahre, 3 bis 10 Jahre bzw. über 10 Jahre zurückliegt. Diese Einteilung wurde gewählt, weil nach dem ersten Trauerjahr der Todestag zu einer besonders heftigen, emotionalen Reaktion führen kann (Jahresreaktion). Weiterhin wird vermutet, dass nach drei Jahren bereits eine erste Bewältigung stattgefunden hat, und dass nach zehn Jahren das Verlusterlebnis weitgehend integriert wurde.

Tab. 6: Abstand zwischen Verlusttag und Erhebungstag in Monaten mit den dazugehörigen Auftretenshäufigkeiten

<b>Abstand (Monate)*</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
0,5 bis 11,5	10	15,2
12 bis 36	15	22,7
36,5 bis 120	22	33,3
120,5 bis 380,5	19	28,8
Gesamt	66	100,0

\* Die Angaben wurden in halben und ganzen Monaten gemacht, so dass keine anderen Dezimalzahlen als x,5 möglich waren. Die gilt für die gesamte Arbeit, wenn Abstände in Monaten angegeben werden



## 10.4 Variablen und Erhebungsinstrumente

### 10.4.1. Variablen und Erhebungsinstrumente der Klinikstichprobe

Erhoben wurden die angenommenen und die aus anderen Untersuchungen bekannten relevanten Einflussfaktoren auf das Trauergeschehen wie soziodemografische Daten, das Vorliegen von Belastung, die Partnerschaftsqualität und soziale Unterstützung während des Verlustereignisses mittels eines eigenen Fragebogens bzw. Interviews. Den Eltern wurde in dem Interview die Möglichkeit gegeben, frei zu formulieren, was sie als hilfreich und hinderlich im Trauerprozess empfunden haben.

Vor allem der Untersuchung des Einflussfaktors „Umgang mit dem Kind“, also den Erfahrungen der Eltern mit dem Ansehen und Halten des toten Kindes, kam eine zentrale Bedeutung zu. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Frage, inwieweit die Ergebnisse der Studie von Hughes, Turton, Hopper und Evans (2002) repliziert werden können.

Die Befragung zur Partnerschaftsqualität wurde zusätzlich um den Partnerschaftsfragebogen (PFB; Hahlweg, 1996) ergänzt. Die abhängige Variable „Trauer“ wurde durch die Variablen „Beeinträchtigungserleben“, „Depression“ und „peritraumatische Belastung“ operationalisiert. Dafür wurden die vorliegenden geläufigen Fragebögen verwendet (BSI, BDI, PDI). Im Folgenden werden die verwendeten Instrumente beschrieben.

#### 10.4.1.1. Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods für Mütter/Väter

Der **Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods für Mütter/Väter** mit 14 Items enthält im Gegensatz zum Interviewleitfaden alle Items, die nicht persönlich erhoben werden müssen, mit dem Ziel, die Zeit zur Erhebung effizient zu begrenzen. Daher ist die Aufteilung dieses Fragebogens im Vergleich zu dem Fragebogen, der für die Onlineuntersuchung entwickelt wurde (s.u.), eine andere. Bis auf die Möglichkeit, am Ende dieses Fragebogens Bemerkungen anzubringen, enthält der Fragebogen nur vorgegebene Antwortkategorien. Folgende Einflussfaktoren werden abgefragt (siehe Anhang 1.2 und 1.4):

- Soziodemografische Daten
- Erfragt wurde Alter, Familienstand, Schulabschluss, erlernter Beruf, momentane Beschäftigung, Staatsbürgerschaft, Konfession, vorhandene Religiosität, Krankenkasse (gesetzlich, privat).
- Partnerschaft
- Es wurde nach dem Zusammenleben mit dem Partner gefragt (Antwortoptionen: ja, nein alleinstehend, nein getrennt lebend), der Dauer der Partnerschaft, der Zufriedenheit mit der Partnerschaft (Antwortoptionen: sehr unglücklich, unglücklich, ausgeglichen, glücklich, sehr glücklich) und der Veränderung des Zusammenlebens seit dem Kindsverlust (Antwortoptionen: ja, nein).
- Belastung
- Es wurde nach den Bereichen gefragt, in denen vor dem Verlust des Kindes eine Belastung bestand (Antwortoptionen: Berufstätigkeit, Partnerschaft, Verwandtschaft, Freunde/Bekannte, Kinder eigene und Stiefkinder, finanziell, körperlich, in der Freizeit, sonstige) und nach der Ausprägung der Belastung (unbelastet, wenig belastet, normal, belastet, stark belastet). Weiterhin wurde nach der Anzahl der arbeitsunfähigen Tage gefragt (Antwortoptionen: gar keine, weniger als 10 Tage, zwischen 10 und 20 Tagen, zwischen 20 und 30 Tagen, zwischen 30 und 40 Tagen, länger als 40 Tage), ob eine psychotherapeutische Behandlung schon einmal in Anspruch genommen wurde oder wird (ja vor geraumer Zeit, ja momentan, nein), nach der Einnahme von Medikamenten oder Drogen und nach der Menge des täglichen oder wöchentlichen Alkoholkonsums. Unter dieser Rubrik wurde auch der Geburts- und Todestag des Kindes erhoben, die Schwangerschaftswoche, ob das Kind nach der Geburt gelebt hat (ja, nein), bereits erlebte Fehl- und Totgeburten (Antwortoptionen: ja eine Fehlgeburt, ja eine Totgeburt, nein weder noch), Anzahl, wann diese war/waren und wie das Zurechtkommen damit war (Antwortoptionen: gut, mäßig, schlecht), nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch (ja, nein), wann dieser war und wie das Zurechtkommen damit war (Antwortoptionen: gut, mäßig, schlecht).

#### **10.4.1.2. Interviewleitfaden zur Verarbeitung des frühen Kindstods für Mütter/Väter**

Der eigene **Interviewleitfaden zur Verarbeitung des frühen Kindstods für Mütter/Väter** enthält 23 Items zu allen Fragen, die in einem persönlichen Gespräch zu umfassenden Informationen führen bzw. besser im persönlichen Kontakt eingebettet sind, da der Verlust des Kindes höchstens vier Wochen zurücklag und so auch eine gewisse Sorgsamkeit erforderlich war (siehe Anhang 1.1 und 1.3). Am Ende jedes Fragenblocks konnten Bemerkungen notiert werden.

- Kinder in der Familie
- Es wurde nach weiteren Kindern gefragt (eigenes oder Stiefkind, Anzahl, Alter und ob es im Haushalt lebt).
- Schwangerschaft
- Es wurde gefragt, wie die Schwangerschaft verlaufen war (Antwortoptionen: problematisch, mit leichten Problemen, unproblematisch), ob es eine Vorahnung zu dem Kindsverlust gab (ja, nein), ob es Schwierigkeiten gab, schwanger zu werden (Antwortoptionen: ja, nein), nach der Einstellung zu der Schwangerschaft (Antwortoptionen: heiß ersehnt, normal erwünscht, passte erst nicht so recht in die Lebensplanung, passte gar nicht in die Lebensplanung, sonstiges).
- Geburtsumstände
- Die Ursache des Verlustes bzw. die Umstände der Geburt wurden erfragt, ob der Partner bei der Geburt anwesend war (Antwortoptionen: ja, nein, ich hatte zu der Zeit keinen Partner).
- Umgang mit dem Kind (Ansehen)
- Es wurde gefragt, ob das Kind zum Abschied gesehen und gehalten wurde (Antwortoptionen: Gesehen, gesehen und gehalten, weder gesehen noch gehalten), nach der Bewertung, ob das gut so war, wie es gemacht wurde (ja, nein). Weiterhin wurde danach gefragt, ob es Fotos gab (Antwortoptionen: ja die Fotos wurden in eine Akte gelegt, ja die Fotos wurden ausgehängt, nein), ob das Kind Fehlbildungen hatte oder andere Erschwernisse für den Anblick des Kindes vorlagen (ja, nein). Sofern das Kind gesehen wurde, wurde gefragt wie oft (einmal, zweimal, mehr als zweimal), wie lange (weniger als eine Stunde, mehr als eine Stunde) und in welchem Zustand (noch lebend, nur noch tot) das Kind gesehen wurde und nach den Gefühlen beim

Anblick (erschrocken, ängstlich, traurig, überfordert, verzweifelt, wütend, voller Scham, stumpf und gefühllos, geekelt, glücklich). Eine freie Erläuterung weiterer Gefühle war möglich. Mehrfachantworten waren möglich. Gefragt wurde nach einer vorhandenen Entscheidungsmöglichkeit, das Kind anzusehen (ja, nein). Sofern eine Entscheidung hierzu möglich war, wurde gefragt, wie oft (einmal, mehrmals) und wann/in welcher Situation danach gefragt wurde mit freier Antwortoption. Erfragt wurde auch, ob es eine Beratung gegeben habe (ja, nein) und wenn ja, ob diese zufrieden stellend war (ja, nein) und wie es zu der Entscheidung kam (der Arzt/die Hebamme meinte es ist besser so, es wurde mir nahe gelegt, es war mein Wunsch, ich fühlte mich dazu gedrängt, ich musste mich erst überwinden). Eine freie Antwort war hier ebenfalls möglich.

- Abschied
- Es wurde nach dem Vorhandensein von einem Gefühl von Abschied gefragt (ja, nein). Im Anschluss war eine freie Erläuterung der Antwort möglich.
- Rückblick
- Es wurde gefragt, ob im Krankenhaus auf die Bedürfnisse eingegangen wurde (Antwortoptionen: nie, selten, häufig, immer). Frei beantwortet werden konnten die Fragen, was anders hätte sein sollen und was hilfreich erlebt wurde.
- Ausblick
- Am Ende dieses Fragebogens konnte frei dazu Stellung genommen werden, was noch nicht vorher zur Sprache gekommen war.
- Gegenübertragung
- Am Ende des Interviews konnte das Übertragungsgefühl des Interviewers festgehalten werden (Mitgefühl, Ablehnung)

#### 10.4.1.3. Partnerschaftsfragebogen

Der **Partnerschaftsfragebogen** (PFB; Hahlweg, 1996) wurde zur differentiellen Einschätzung der Ehequalität entwickelt und kann den Autoren zufolge für Forschungszwecke verwendet werden. Die 31 Items können den drei Skalen *Streitverhalten*, *Zärtlichkeit* und *Gemeinsamkeit/ Kommunikation* zugeordnet werden. Folgende Antwortoptionen sind vorgegeben: „nie/ sehr selten, selten, oft, sehr oft“. Auf das Item: „Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?“ kann

mit folgenden Optionen geantwortet werden: sehr unglücklich, unglücklich, eher unglücklich, eher glücklich, glücklich, sehr glücklich.

#### **10.4.1.4. Münchner Trauerskala (siehe 10.4.2.2)**

Die **Münchner Trauerskala** (MTS; Beutel et al., 1995a) beruht auf einer übersetzten und erweiterten Version der Perinatal Grief Scale (PGS, Toedter et al., 1988), die Trauer nach einem Schwangerschaftsverlust misst und diese von einer depressiven Reaktion abgrenzt. Es wird die Selbstbeurteilungsversion mit 27 Items verwendet, die später noch ausführlich beschrieben ist (s. Anhang 2.3).

#### **10.4.1.5. Brief Symptom Inventory**

Das **Brief Symptom Inventory** von Derogatis (BSI; vgl. Franke, 2000) ist eine Kurzform der SCL-90 (Derogatis, 1992) und erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Das BSI enthält folgende 53 Items, auf die mit den Optionen: „überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich, stark, sehr stark“, geantwortet werden kann.

#### **10.4.1.6. Beck-Depressions-Inventar**

Das **Beck-Depressions-Inventar** (BDI; Beck, 1995) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Es enthält 21 Gruppen von Aussagen mit je vier Aussagen zu einer Gruppe.

#### **10.4.1.7. Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen**

Das **Peritraumatic Distress Inventory** (PDI; Brunet et al., 2001), dt. Übersetzung: Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen (Maercker, 2002) ist ein Messinstrument zur quantitativen Bestimmung peritraumatischer Belastung (s. Anhang 1.5). Die peritraumatische Belastung ist definiert als die während des Traumas durch den betroffenen wahrgenommene Belastung und kann sich in intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzten sowie weiteren negativen Emotionen zeigen. Der PDI soll Hinweise auf das Vorliegen einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung geben und enthält 13 Items, auf die mit den Optionen: „stimmt nicht, stimmt ein wenig, stimmt etwas, stimmt weitgehend, stimmt vollständig“, geantwortet werden kann.

### 10.4.2. Variablen und Erhebungsinstrumente der Onlinestichprobe

Der Internetfragebogen bestand insgesamt aus drei Teilen: einem selbst entwickelten Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstodes (siehe Anhang 2.2), der Münchner Trauerskala (Beutel et al., 1995a; siehe Anhang 2.3) und einem selbst entwickelten Depressionsinventar (siehe Anhang 2.4). Im Folgenden werden diese Instrumente beschrieben:

#### 10.4.2.1. Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods

Da es keinen anderen Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods gab, wurde der *Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods* selbst entwickelt. Er enthält 38 Items, die teilweise frei beantwortet werden können oder denen Antwortkategorien zur Auswahl gestellt wurden und fragt folgende Einflussfaktoren ab (siehe Anhang 2.2.):

##### Soziodemografische Daten

- Erfragt wurde Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss, Berufstätigkeit, Konfession, vorhandene Religiosität, Staatsbürgerschaft.

##### Schwangerschaft, Geburtsumstände

- Es wurde nach dem Geburtsdatum und Todestag gefragt, um die Zeit, die seit dem Verlust des Kindes vergangen war, zu bestimmen, der Schwangerschaftswoche, ob bereits vorher weitere Kindsverluste erlebt worden sind (Antwortoptionen: ja, nein), wie die Schwangerschaft verlaufen war (Antwortoptionen: problematisch, mit leichten Problemen, unproblematisch) und ob es Schwierigkeiten gab, schwanger zu werden (Antwortoptionen: ja, nein), nach der Einstellung zu der Schwangerschaft (Antwortoptionen: heiß ersehnt, normal erwünscht, passte erst nicht so recht in die Lebensplanung, passte gar nicht in die Lebensplanung, sonstiges). Weiterhin sollten die Ursache des Verlustes bzw. die Umstände der Geburt im freien Text angegeben werden. Es sollte beantwortet werden, ob das Kind gelebt hat und ob der Partner bei der Geburt anwesend war (ja, nein).

##### Umgang mit dem Kind (Ansehen)

- Es wurde gefragt, ob das Kind zum Abschied gesehen und gehalten wurde (Antwortoptionen: Gesehen, gesehen und gehalten, weder gesehen noch

gehalten), nach der Bewertung, ob das gut so war, wie es gemacht wurde (ja, nein), eine freie zusätzliche Erläuterung war ebenfalls möglich. Weiterhin wurde danach gefragt, ob es Fotos gab (Antwortoptionen: ja die Fotos wurden in eine Akte gelegt, ja die Fotos wurden ausgehändigt, nein), ob das Kind Fehlbildungen hatte oder andere Erschwernisse für den Anblick des Kindes vorlagen (ja, nein). Sofern das Kind gesehen wurde, wurde gefragt wie oft (einmal, zweimal, mehr als zweimal), wie lange (weniger als eine Stunde, mehr als eine Stunde) und in welchem Zustand (noch lebend, nur noch tot) das Kind gesehen wurde und nach den Gefühlen beim Anblick (erschrocken, ängstlich, traurig, überfordert, verzweifelt, wütend, voller Scham, stumpf und gefühllos, geekelt, glücklich). Eine freie Erläuterung weiterer Gefühle war ebenfalls möglich. Hier waren unbegrenzt Mehrfachantworten möglich. Frei beantwortet werden konnte die Frage, ob es geholfen hat, das Kind zu sehen. Gefragt wurde nach einer vorhandenen Entscheidungsmöglichkeit, das Kind anzusehen (ja, nein). Sofern eine Überlegung hierzu möglich war, wurde gefragt, wie oft (einmal, mehrmals, gar nicht), wann/in welcher Situation (vor, während, nach der Geburt) danach gefragt worden ist, das Kind sehen zu wollen. Erfragt wurde auch, ob es eine Beratung gegeben habe (ja, nein) und wenn ja, ob diese zufrieden stellend war (ja, nein) und wie es zu der Entscheidung kam (der Arzt/die Hebamme meinte es ist besser so, es wurde mir nahe gelegt, es war mein Wunsch, ich fühlte mich dazu gedrängt, ich musste mich erst überwinden). Eine freie Antwort war hier ebenfalls möglich.

#### Abschied

- Es wurde nach dem Vorhandensein von einem Gefühl von Abschied gefragt (ja, nein) und ob eine wunschgerechte Beerdigung stattgefunden habe (ja, nein). Im Anschluss war eine freie Erläuterung der Antwort möglich.

#### Unterstützung im Trauerprozess

- Die Teilnahme an Hilfsangeboten wurde erfragt (Antwortoptionen: Selbsthilfegruppe bzw. Trauergruppe, Beratungsgespräche, keine Teilnahme). Es konnte auch frei ein anderes Angebot genannt werden. Frei wurde danach gefragt, was hilfreich und was erschwerend im Trauerprozess gewesen sei

und wie sehr hilfreich bzw. erschwerend (Antwortoptionen: etwas, deutlich, ausgeprägt) und durch welche Personen es eine Unterstützung im Trauerprozess gegeben habe (Antwortoptionen: Partner, andere Angehörige, Freunde, niemanden). Es konnten auch frei andere Personen genannt werden. Weiterhin wurde nach der Möglichkeit, anderen gegenüber Trauer anzusprechen, gefragt (Antwortoptionen: ja, nein, ich wollte niemanden darauf ansprechen) und nach dem Erleben der Ansprache von anderen als unangenehm (Antwortoptionen: ja, nein, ich wurde darauf nicht angesprochen). Auf die Frage nach dem Erleben der Ansprache von anderen war eine Mehrfachauswahl möglich (Antwortoptionen: zu viel oder zu wenig, störend oder hilfreich, mitfühlend oder unsensibel, plump oder taktvoll). Auch hier war eine freie Antwort zusätzlich möglich.

- Kinder in der Familie
- Bereits erlebte Fehl- und Totgeburten wurden erfragt (Antwortoptionen: ja eine Fehlgeburt, ja mehr als eine Fehlgeburt, ja eine Totgeburt, nein weder noch), wann diese war/waren und wie das Zurechtkommen damit war (Antwortoptionen: gut, mäßig, schlecht), nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch (ja, nein), wann dieser war und wie das Zurechtkommen damit war (Antwortoptionen: gut, mäßig, schlecht) und nach weiteren Kindern (eigenes oder Stiefkind, Anzahl, Alter und ob es im Haushalt lebt).

#### Hinweise auf Belastung

- Es wurde danach gefragt, ob eine psychotherapeutische Behandlung schon einmal in Anspruch genommen wurde oder wird (ja, nein) und wenn ja, ob diese in Zusammenhang mit dem erlebten Kindsverlust steht (ja, nein), nach der Einnahme von Medikamenten zur Beruhigung oder für die Stimmung (ja, nein) und wenn ja, ob diese in Zusammenhang mit dem Kindsverlust steht (ja, nein), nach der Menge des täglichen oder wöchentlichen Alkoholkonsums und ob sich der Konsum seit dem Kindsverlust erhöht habe (ja, nein).

#### Partnerschaft

- Es wurde erfragt, ob zu dem Geburtszeitpunkt eine Partnerschaft bestand (ja, nein) und ob diese noch immer besteht (ja, nein). Wenn die Partnerschaft



noch weiterhin bestand, wurde gefragt, ob der Partner Elternteil des verstorbenen Kindes war (ja, nein), nach der Dauer der Partnerschaft, der Zufriedenheit mit der Partnerschaft (Antwortoptionen: sehr unglücklich, unglücklich, ausgeglichen, glücklich, sehr glücklich) und der Veränderung des Zusammenlebens seit dem Kindsverlust (Antwortoptionen: ja verbessert, ja verschlechtert, nein). Wenn die Partnerschaft nicht mehr fortbestand, wurde der zeitlichen Abstand von der Geburt bis zur Trennung erfragt.

Ausblick und aktuelle Situation wie erneute Schwangerschaft

- Am Ende dieses Fragebogens konnte frei dazu Stellung genommen werden, was noch nicht vorher zur Sprache gekommen war und Kommentare oder Bemerkungen konnten hier angebracht werden.

#### **10.4.2.2. Münchner Trauerskala**

Die *Perinatal Grief Scale* (PGS; Toedter et al., 1988, zitiert nach Beutel et al., 1995a) ist bislang das einzige spezifische Messverfahren für Trauer nach einem Schwangerschaftsverlust. Die Kernproblematik der PGS liegt Beutel zufolge in der mangelnden Abgrenzung gegenüber Depressivität.

Die *Münchner Trauerskala* (MTS; Beutel, 2002) beruht auf einer übersetzten und erweiterten Version der PGS. Sie misst Trauer nach dem Verlust einer Schwangerschaft und grenzt diese von einer depressiven Reaktion ab. Sie liegt in einer Selbst- und Fremdbeurteilungsversion vor. Zur Validierung des Verfahrens ist von den Hypothesen ausgegangen worden, dass

1. die Stärke der Trauer über den Verlust in erster Linie von dem Ausmaß der Gewünschtheit der verlorenen Schwangerschaft und der Bindung zum heranwachsenden Kind abhängt,
2. eine depressive Reaktion auch bei geringer Bindungsbereitschaft eintreten kann, wenn es an sozialen Ressourcen mangelt oder eine Vorgeschichte von Depressionen und ungelösten Belastungen besteht,
3. wenn depressive Reaktionen Trauer komplizieren, die Auflösung von Trauer verzögert wird (Zisook & Shuchter, 1991; Beutel & Weiner, 1993, zitiert nach Beutel et al., 1995a).

Bei der Erfassung von Trauer nach einem Spontanabort oder einer Totgeburt sind *besondere Merkmale* zu berücksichtigen (Beutel, 1994, zitiert nach Beutel et al., 1995a; Leon, 1990, zitiert nach Beutel et al., 1995a): Im Unterschied zum Verlust einer nahe stehenden Person fehlt eine greifbare Beziehungserfahrung. Vor allem beim Spontanabort gibt es wenig konkrete Anhaltspunkte für Leben und Individualität des Kindes. Schmerzliche Gefühle richten sich mindestens ebenso auf die Vereitelung einer begonnenen Entwicklung, Hoffnung und Zukunftsperspektiven. Nicht selten stehen angesichts fehlender medizinischer Erklärungen und mangelndem Verständnis im sozialen Umfeld die Suche nach Schuld bei der eigenen Person, Besorgnis über die Fähigkeit, ein Kind bekommen zu können sowie Enttäuschung und Verunsicherung über die eigene Reaktion auf den Verlust im Vordergrund.

Nach Beutel et al. (1995a) und Beutel (2002) hat die MTS eine Gesamtreliabilität von  $\alpha = .89$  (Cronbach's Alpha), was als gut zu bewerten ist. Insgesamt besteht die Skala aus fünf Subskalen, die anhand einer Faktorenanalyse ermittelt wurden. Tabelle 7 ist zu entnehmen, welches Item welchem Faktor und somit welcher Skala zugeordnet wurde. Auch Faktorenladungen und Trennschärfen der Items sowie die Reliabilitäten der einzelnen Skalen sind angegeben. Bewertung der Trennschärfen (und Faktorenladungen)

Tab. 7: Skalen, Innere Konsistenz, Faktorladungen der Münchner Trauerskala

Items	Faktor- ladung	Trenn- schärfe
<b>Faktor 1: Traurigkeit (Cronbach's Alpha = .86)</b>		
Ich trauere um das Baby.	.76	.83
Es tut mir weh, mich an den Verlust zu erinnern.	.72	.69
Ich weine, wenn ich an es denke.	.70	.69
Ich habe das Bedürfnis, über das Baby zu sprechen.	.65	.47
Ich rege mich auf, wenn ich an das Baby denke.	.59	.61
Ich vermisse das Baby.	.52	.72
<b>Faktor 2: Verlustangst (Cronbach's Alpha = .76)</b>		
Ich habe Angst, noch mal ein Baby zu verlieren	.71	.44
Ich habe Angst, kein Kind mehr bekommen zu können.	.69	.34
Es ist ungerecht, dass ich mein Baby verloren habe.	.68	.52
Es schmerzt mich, Schwangere und Babies zu sehen.	.62	.39
Ich glaube, ich bin gut über den Verlust hinweggekommen.*	.41	.37
<b>Faktor 3: Schuldhafte Verarbeitung (Cronbach's Alpha = .82)</b>		

Ich gebe mir selbst die Schuld an dem Tod.	.78	.57
Ich habe Alpträume vom Tod meines Babies.	.76	.39
Ich fühle mich schuldig, wenn ich an das Baby denke.	.73	.60
Der beste Teil von mir starb mit dem Baby.	.72	.53
Ich fühle mich wertlos seit es tot ist.	.58	.38

**Faktor 4: Ärger (Cronbach's Alpha = .59)**

Ich habe mehr Ärger mit meinen Freunden und Bekannten, als ich sollte.	.77	.43
Nach dem Tod des Babys habe ich einige Menschen enttäuscht.	.66	.49
Es fällt mir schwer, mit bestimmten Menschen zurechtzukommen.	.67	.49

**Faktor 5: Sinnsuche (Cronbach's Alpha = .61)**

Ich spüre jetzt genauer, worauf es mir im Leben wirklich ankommt.	.75	.33
Mein Glaube gibt mir Halt.	.71	.13
Durch diese schmerzliche Erfahrung habe ich erkannt, dass es Menschen gibt, auf die ich wirklich zählen kann.	.64	.28

\*Item wurde umgepolt

Der Fragebogen besteht aus 27 Aussagen mit einer 5-stufigen Antwortskala von 1= "gar nicht zutreffend" bis 5= "völlig zutreffend". Beutel konnte den Skalen aber nur 22 Aussagen zuordnen, so dass nur diese ausgewertet werden. Entsprechend wird der Gesamtwert (Gesamttrauer) für die 22 Items berechnet, die auch in der vorliegenden Studie verwendet wurden. Die drei Zusatzitems (Unglaube, Betäubtsein, Jahresreaktion; siehe Tabelle 8) wurden nicht in die Faktorenanalyse mit einbezogen, da sie nur für bestimmte Phasen des Trauerprozesses zutreffen.

Tab. 8: Zusatzitems der Münchner Trauerskala

<b>Zusatzitems</b>
Ich fühle mich wie betäubt.
Manchmal kann ich gar nicht glauben, dass ich nicht mehr schwanger bin.*
Es scheint mir, dass ich mich jedes Jahr um dieselbe Zeit (Todestag, Geburtstag) aufrege.**

\* Item wurde den männlichen Teilnehmern nicht vorgelegt

\*\* Item wurde der Klinikstichprobe nicht vorgelegt

### 10.4.2.3. Depressionsinventar

Da für eine online-Erhebung keine Erlaubnis des Verlags Hogrefe für die gängigen, validierten Erhebungsinstrumente zur Messung von Depression (z.B. Beck-Depressions-Inventar von Beck, 1995; Brief Symptom Inventory von Derogatis, Fran-

ke, 2000) zu bekommen war, wurde in Anlehnung an diese Testverfahren sowie die Kriterien der ICD-10 in gemeinsamer Absprache mit einem erfahrenen Psychiater ein Fragebogen entwickelt, der depressive Symptomatik abfragt. Im Folgenden wird der Fragebogen „Depressionsinventar“ genannt (siehe Anhang 2.4.). Das Depressions-Inventar besteht aus 27 Items (siehe Tabelle 9). Die Antwortmöglichkeiten beschränken sich auf „trifft zu“ und „trifft nicht zu“. Es wurde ein Gesamtscore gebildet, indem alle zugestimmten Items addiert werden. Je höher dieser ausfällt, desto mehr depressive Symptome sind vorhanden.

Tab. 9: Items des Depressionsinventars

Items		ICD-10 zur depressiven Episode
1.	Ich fühle mich wertlos	Verlust Selbstwertgefühl
2.	Ich blicke hoffnungslos in die Zukunft	Depressive Stimmung
3.	Ich habe Gedanken an Selbstmord	Gedanken an Suizid
4.	Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren	Konzentrationsstörungen
5.	Ich habe an nichts mehr richtig Spass	Interessenverlust
6.	Ich ziehe mich mehr zurück als früher	
7.	Ich muss mich zu allen Dingen aufraffen	Antriebsminderung
8.	Ich bin schneller erschöpft als früher	
9.	Ich schaffe weniger als sonst	Änderung Aktivität
10.	Ich bin reizbarer als früher	
11.	Ich kann nicht weinen, obwohl ich es möchte	
12.	Morgens ist meine Stimmung schlechter als abends	
13.	Meine Lebensfreude hat gelitten	
14.	Ich habe ohne Diät mehr als 3 kg abgenommen	
15.	Ich könnte ständig weinen	
16.	Ich habe mehr Verdauungsstörungen als früher	
17.	Ich werde morgens wesentlich früher wach als nötig	
18.	Ich wache öfter auf und liege dann länger wach	Schlafstörungen
19.	Ich brauche längere Zeit zum Einschlafen	
20.	Ich habe öfter Herzbeschwerden	
21.	Ich bin innerlich unruhig und zittrig	
22.	Sex interessiert mich weniger als sonst	
23.	Ich habe Schuldgefühle	Schuldgefühle
24.	Ich habe mehr als 3 kg zugenommen	Appetitverlust
25.	Ich schwitze mehr als früher	
26.	Ich bin total unglücklich	
27.	Ich bin vergesslicher als früher	

Zusätzlich wurde ein Cut-Off-Wert gebildet, ob und wenn ja in welchem Schweregrad eine Depression vorliegen könnte. Zur Orientierung sei an dieser Stelle auf die Vorgaben der ICD-10 zur Diagnostik einer depressiven Episode hingewiesen:

1. *Depressive Stimmung* in einem für den Betroffenen deutlichen abnormen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände und mindestens zwei Wochen anhaltend.
- *Alle weiteren Symptome* beziehen sich auf den definierten Zeitraum
2. Verlust von *Interesse* oder *Freude* an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind
3. Verminderter *Antrieb* oder erhöhte Ermüdbarkeit
4. Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
5. Unbegründete *Selbstvorwürfe* oder ausgeprägte und unangemessene *Schuldgefühle*
6. Wiederkehrende *Gedanken* an den Tod oder Suizid oder *suizidales Verhalten*
7. Klagen über oder Anzeichen für vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen wie Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit
8. Änderung der *psychomotorischen Aktivität* mit Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
9. Schlafstörungen jeder Art
10. *Appetitverlust* oder *gesteigerter Appetit* mit entsprechender Gewichtsveränderung
- Beurteilung mit Hilfe der Symptome (1) bis (10): Sind die unten aufgeführten Kriterien einer leichten, mittelschweren oder schweren Episode erfüllt?

**Leicht:** Insgesamt mindestens **4** der Symptome (1) bis (10), darunter mindestens 2 der Symptome (1) bis (3)

**Mittelschwer:** Insgesamt mindestens **6** der Symptome (1) bis (10), darunter mindestens 2 der Symptome (1) bis (3)

**Schwer:** Insgesamt mindestens **8** der Symptome (1) bis (10), darunter alle 3 Symptome (1), (2) und (3)

Die Kriterien, die für eine Internetumfrage wichtig sind, wurden insofern umgesetzt, dass die TeilnehmerInnen auf eine Startseite gelangt sind, über Zweck, Ablauf und Dauer informiert wurden und auf Anonymität hingewiesen wurden (siehe Anhang

2.1). Es gab die Möglichkeit, Kontakt per E-Mail unabhängig von der Fragebogenbeantwortung auch vorab für evtl. Fragen oder Erklärungen mit der Studienleiterin (Stefanie Ladewig) aufzunehmen. Auf Transparenz und einfache Durchführung wurde geachtet (Bartinic, 2006).

Mit Unterstützung eines Informatikers wurde der Fragebogen als Adobe PDF-Formular in das Internet gestellt. Nur die Antworten wurden als verschlüsselte Datendatei per E-Mail zurückgesendet. Die verschlüsselte Datendatei wurde entschlüsselt, mit dem ursprünglichem PDF-Formular kompiliert und dann ausgewertet.

## **10.5 Datenauswertung**

Da nur 5 Männer an der Studie teilgenommen hatten, wurden die vorliegenden Daten hauptsächlich in Bezug auf die Frauen ausgewertet. Nur teilweise wurden auch die Daten der Männer betrachtet (siehe hierzu auch Anhang 3). Die beiden Stichproben wurden getrennt behandelt, wobei die Klinikstichprobe aufgrund der geringen Größe ausschließlich deskriptiv Berücksichtigung fand. Fragestellung 2 (Welche Faktoren nehmen Einfluss auf Trauererleben und Depressivität nach dem Kindstod?) und 3 (Welche Auswirkungen hat das Ansehen des Kindes auf Trauererleben und Depressivität) wurde nur für die Onlinestichprobe beantwortet.

### **10.5.1. Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust**

Um die Antworten auf die Fragen deskriptiv darzustellen, wurden Häufigkeiten und Prozente berechnet, aus denen sich Informationen über die Geburtsumstände, den Grad an depressiver Verarbeitung, Trauer und Belastung durch den Verlust gewinnen lassen, sowie – nur bezüglich der Klinikstichprobe – über die Partnerschaftsqualität und die allgemeine psychische Belastung.

Zunächst wurden auf diese Weise die Antworten der Frauen auf den selbst entwickelten Fragebogen (Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods, siehe Anhang 1.1, 1.2 und 2.2) analysiert, getrennt für die Online- und die Klinikstichprobe (siehe Ergebnisteil zu Frage 1). Bei einigen Items interessierte zusätzlich der Zusammenhang mit anderen Items (z.B. zwischen Item X und Item X:: Steht das Gefühl

der Frauen, sich von ihrem Kind verabschiedet zu haben, in Beziehung dazu, ob sie es wunschgerecht beerdigt haben?). Daher wurden für diese ausgewählten Variablen Kreuztabellen erstellt und  $\chi^2$ -Werte berechnet (nur für die Frauen der Onlinestichprobe), um zu überprüfen, ob ein Zusammenhang zwischen der Beantwortung zweier Fragen zu entdecken war. Es wurden die Zusammenhänge zwischen folgenden Variablenpaaren untersucht: Kind gelebt – Partner bei Geburt anwesend, Gefühl von Abschied – wunschgerecht beerdigt, Gefühl von Abschied – Religiosität, wunschgerecht beerdigt – Schwangerschaftswoche.

In einem zweiten Schritt wurden die Werte auf dem Depressionsinventar, der Münchener Trauerskala und dem Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen betrachtet. Das Depressionsinventar wurde nur für die Frauen der Onlinestichprobe ausgewertet, da es nur diesen vorgelegt worden war. Für jedes Item wurde die Anzahl sowie die Prozentzahl an Frauen berechnet, die den Antwortkategorien „gar nicht“, „wenig“, „teils teils“, „ziemlich“ oder „völlig“ zugestimmt hatten (siehe Ergebnisteil zu Frage 1). Ebenso wurde mit der Münchener Trauerskala für beide Stichproben und dem Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen (5 Antwortkategorien: „Stimmt nicht“ bis „stimmt vollständig“) für die Klinikstichprobe verfahren (siehe Ergebnisteil zu Frage 1).

In einem letzten Schritt wurden die Daten der Klinikstichprobe näher analysiert. Dazu wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Frauen für die Kennwerte des Partnerschaftsfragebogens (Zärtlichkeit, Gemeinsamkeit, Streitverhalten, Gesamtwert), des Brief Symptom Inventorys (GSI, PSDI, PST, 9 Skalenwerte), des Beck-Depressions-Inventars (BDI), des Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogens (PTSD) und der Münchener Trauerskala (Skalen Trauer, Verlustangst, Schuld, Ärger, Sinnsuche und Gesamtwert) berechnet. Über eine Transformation in T-Werte wurden sie anschließend mit den im Manual angegebenen Werten der Normierungsstichproben und/oder Cut-Off-Werten verglichen. Somit konnte eine Einordnung der Ergebnisse der Klinikstichprobe im Vergleich zu Patienten in Therapie und Gesunden vorgenommen werden. Da die Münchener Trauerskala von beiden Stichproben beantwortet worden war, wurden die Mittelwerte der Klinikstichprobe zusätzlich denen der Onlinestichprobe gegenübergestellt. Das detaillierte Vorgehen, die verwendeten Referenzwerte und die Berechnungen für jeden einzelnen Fragebogen werden im Ergebnisteil ausführlich beschrieben (siehe Ergebnisteil zu Frage 1).

### **10.5.2. Einflussfaktoren auf Trauererleben und Depressivität**

Die zweite Fragestellung wurde aufgrund der geringen Größe der Klinikstichprobe nur auf Basis der Daten der Onlineuntersuchung beantwortet. Um zu überprüfen, welche der im selbst entwickelten Fragebogen erfassten Faktoren (unabhängige Variablen) Einfluss auf das Trauererleben und die Depressivität (abhängige Variablen) nehmen, wurden für die nominalskalierten Variablen (z.B. „Fotos gemacht“ vs. „keine Fotos“ gemacht) t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. univariate Varianzanalysen und für die zwei Variablen, die zusätzlich in Intervallskalenniveau vorlagen („seit dem Verlust vergangene Monate“ und „Schwangerschaftswoche des Verlusts“), Korrelationen berechnet. Da aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung keine gerichteten Hypothesen vorlagen, wurde zweiseitig getestet. Die verschiedenen Antwortkategorien stellten die Ausprägungen der unabhängigen Variablen dar, die Gesamtwerte auf der Münchener Trauerskala (Trauergesamtwert) bzw. dem Depressionsinventar (Depressionsgesamtwert) die abhängigen Variablen.

Zusätzlich zur Betrachtung der beiden Gesamtwerte wurden die 5 Skalenwerte der Münchener Trauerskala multivariat analysiert. Im Falle eines signifikanten multivariaten Ergebnisses wurden im Anschluss explorativ univariate Analysen für die einzelnen Skalen gerechnet, um für nachfolgende Untersuchungen zu überprüfen, auf welche Skala der multivariate Unterschied am ehesten zurückzuführen ist. Mit dem Bonferroni-Test wurde beim Vorliegen mehrerer Gruppen untersucht, zwischen welchen Gruppen er sich zu ergeben scheint.

Die Voraussetzungen zur Durchführung der Analysen waren größtenteils erfüllt. Teilweise wurde eine Skala aus der multivariaten Berechnung ausgeschlossen, um die Voraussetzung der homogenen Kovarianzmatrizen erfüllen zu können. Weiterhin mussten bei einigen Variablen aufgrund einer zu geringen Anzahl von Personen in einigen Gruppen (Antwortkategorien) diese ausgeschlossen oder Kategorien bzw. Gruppen zusammengefasst werden. 7 Variablen können aufgrund der zu geringen Anzahl von Personen nur vorsichtig interpretiert werden.



### **10.5.3. Auswirkungen des Ansehens des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität**

Im Mittelpunkt der dritten Fragestellung stand, ob die Frauen ihr Kind gesehen hatten oder nicht und wie sie diese Entscheidung empfunden hatten.

Zunächst erfolgte eine deskriptive Auswertung der Antworten auf alle Items, die mit dem Aspekt des Ansehens zusammenhingen (siehe Ergebnisteil zu Frage 3). Sowohl für die Klinik- als auch für die Onlinestichprobe wurde berechnet, wie viele Frauen das Kind gesehen bzw. nicht gesehen hatten und ob sie diese Entscheidung als gut oder nicht gut empfunden hatten. Weiterhin wurden für die Frauen, die das Kind gesehen hatten, Häufigkeiten und Prozente zu den weiteren Rahmenbedingungen errechnet (ob das Ansehen geholfen hatte; ob Fotos vom Kind gemacht wurden; ob es Erschwernisse beim Ansehen gab; wie oft, wie lange und in welchem Zustand sie das Kind gesehen hatten; welche Gefühle sie beim Anblick hatten).

Um Zusammenhänge zwischen dem Ansehen des Kindes und den im Fragebogen zur Verarbeitung des frühen Kindstods erfassten Variablen ausmachen zu können, wurden  $\chi^2$ -Tests (bzw. exakter Test nach Fischer) berechnet. Diese Rechnungen wurden unter Berücksichtigung der geringen Größe der Klinikstichprobe nur für die Daten der Frauen der Onlinestichprobe durchgeführt. Dabei wurde grundsätzlich zweiseitig getestet, da explorativ vorgegangen wurde. Bei Items, auf die mit mehr als zwei Möglichkeiten geantwortet werden konnte, wurden die Antworten aufgrund inhaltlicher Überlegungen zu zwei Kategorien zusammengefasst. Wenn die erwarteten Häufigkeiten für mindestens 20% der Zellen unter 5 lagen, ist dies in den Ergebnistabellen (siehe Ergebnisteil zu Frage 3) gekennzeichnet und sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

## 11. Ergebnis

### 11.1. Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust

In den folgenden Tabellen sind die Häufigkeiten der Fragebogenantworten von den 66 Müttern der Onlinestichprobe und den sechs Müttern der Klinikstichprobe dargestellt. Unter Variablen werden die verschiedenen Fragen zu den jeweiligen Themenpunkten aufgeführt. Unter Antworten sind die vorgegebenen Antwortoptionen gefasst. N bezeichnet die Anzahl der Fälle. Außerdem ist angegeben, wie viel Prozent die jeweilige Anzahl an der zugrunde liegenden Gesamtheit ausmacht. Im Anschluss an die Tabellen werden kurz Besonderheiten dieser Ergebnisse erwähnt, die jedoch erst in ihrer Bedeutung im Diskussionsteil interpretiert werden. Die Berechnungen und Tabellen zu den Wechselwirkungen sind nur auf die Onlinestichprobe bezogen.

Die Ergebnisse für die Väter der Onlinestichprobe und der Klinikstichprobe sind im Anhang dargestellt, da nur drei bzw. fünf teilgenommen haben. Interessante Ergebnisse dieser Stichprobe finden in der am Ende der einzelnen Abschnitte Erwähnung.

#### 11.1.1. Wie sah die Schwangerschaft aus?

In Tabelle 10 sind die Häufigkeiten der Antworten zur Schwangerschaft der Frauen der beiden Stichproben dargestellt.

Tab. 10: Häufigkeiten der Antworten zur Schwangerschaft

Variablen zu Schwangerschaft	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Verlauf (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	Problemlos	30	45,5	4	66,7
	Leichte Probleme	16	24,2	2	33,3
	Problembelastet	20	30,3	0	0
Schwierigkeit, schwanger zu werden (N <sub>O</sub> = 65) (N <sub>K</sub> = 6)	ja	12	18,5	1	16,7
	nein	53	81,5	5	83,3
Einstellung zu Kind (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	Heiß ersehnt	17	25,8	3	50,0
	Normal erwünscht	37	56,1	3	50,0
	Passte erst nicht in Lebensplanung			0	0
		4	6,1		
	Passte gar nicht in Lebensplanung			0	0
		4	6,1		
	sonstiges	4	6,1	0	0

Ein Drittel der Schwangerschaften verlief bei den Frauen der Onlinestichprobe problembelastet bzw. über die Hälfte hatten zumindest leichte Probleme. Von den Frauen der Klinikstichprobe hatten ein Drittel leichte Probleme.

Dies lässt sich gut erklären. Zum einen ist nach Wepler (1998, zitiert nach Geist, 1998) der Prozess der Schwangerschaft geprägt von Empfindsamkeit, wodurch auch auftretende Ängste nicht mehr so gut verdrängt werden können. Das letzte Schwangerschaftsdrittel entwickelt sich zudem zu einer Zeit der Belastung und führt zu Beschwerden infolge des kindlichen Wachstums. Außerdem können sich in der Stichprobe mitunter auch Frauen mit einer pathologischen Trauerreaktion finden, die nach Beutel et al. (1993) ein negativeres Erleben der vorausgegangenen Schwangerschaft angeben. Nach Luyben und Stiefel (2007, zitiert nach Geist, 2007), sind Schwangerschaftsbeschwerden der Spiegel der Seele. Vor diesem Hintergrund kann ein Drittel subjektiv retrospektiv eingeschätzter problembelasteter Schwangerschaftsverläufe nach Kindsverlust als nicht hoch eingeordnet werden. Im Gegenteil verlief die Schwangerschaft bei 45,5% der Frauen der Onlinestichprobe und bei 66,7% der Klinikstichprobe problemlos.

18,5% der Frauen der Onlinestichprobe hatten Schwierigkeiten, schwanger zu werden, 81,5% der Frauen der Onlinestichprobe und 83,3% der Frauen der Klinikstichprobe hatten keine Schwierigkeiten, schwanger zu werden.

Über 80% der Frauen der Onlinestichprobe und alle Frauen der Klinikstichprobe gaben an, dass das Kind erwünscht war.

### 11.1.2. Wie sahen die Geburtsumstände aus?

In Tabelle 11 sind die Häufigkeiten der Antworten zur Geburt der Frauen der beiden Stichproben dargestellt.

Tab. 11: Häufigkeiten der Antworten zur Geburt

Variablen zu Geburt	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Ursache (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	Keine Herztöne	32	48,5	6	100
	Vorzeitiger Blasensprung	16	24,2	0	0
	Spontangeburt	3	4,5	0	0
	anderes	15	22,7	0	0
Hat das Kind gelebt? (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	ja	22	33,3	0	0
	nein	44	66,7	6	100
Partner war bei Geburt anwesend (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	ja	47	71,2	5	83,3
	nein	19	28,8	1	16,7

Bei fast der Hälfte der Mütter der Onlinestichprobe und bei allen Müttern der Klinikstichprobe wurden keine Herztöne des Kindes mehr festgestellt. Diese Mütter wussten also vor der Geburt, dass ihr Kind bereits tot ist. Bei einem Drittel der Mütter der Onlinestichprobe hat das Kind nach der Geburt gelebt, bei 71,2% der Mütter der Onlinestichprobe und bei 83,3% der Klinikstichprobe war der Partner bei der Geburt anwesend.

In Tabelle 12 ist in Form einer Kreuztabelle die Wechselwirkung zwischen den Variablen „War der Partner bei der Geburt anwesend?“ und „Hat das Kind gelebt?“ dargestellt.

Tab. 12: Wechselwirkung zwischen den Variablen „War der Partner bei der Geburt anwesend?“ und „Hat das Kind gelebt?“

		Hat das Kind direkt nach der Geburt gelebt?		Gesamt
		nein	ja	
War der Partner anwesend bei der Geburt?	nein	14	5	19
	ja	30	17	47
Gesamt		44	22	66

Es bestehen keine Zusammenhänge zwischen den Variablen „Kind gelebt“ und Partner bei Geburt anwesend“ ( $\chi^2=0,59$ ,  $p=0,44$ , Fischer=0,57).

An dieser Stelle ist die Darstellung der Sicht der Väter interessant.

Zwei der fünf Väter der Onlinestichprobe waren auf eigenen Wunsch mit bei der Geburt, ein Vater seiner Partnerin zuliebe, zwei Väter waren auf eigenen Wunsch nicht bei der Geburt dabei.

Alle Väter der Klinikstichprobe waren bei der Geburt anwesend. Von den fünf Vätern der Klinikstichprobe waren 80% auf eigenen Wunsch mit bei der Geburt, ein Vater war seiner Partnerin zuliebe mit bei der Geburt.

### 11.1.3. Wie sah der Abschied von dem verstorbenen Kind aus?

In Tabelle 13 sind die Häufigkeiten der Antworten zum Abschied von dem Kind dargestellt.

Tab. 13: Häufigkeiten der Antworten zum Abschied

Variablen zu Abschied	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Abschied (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 5)	Bereits genommen	49	74,2	2	40,0
	Nicht genommen	17	25,8	3	60,0
Wunschgerecht beerdigt (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 3*)	ja	54	81,8	3	100
	nein	12	18,2	0	0

\* Beerdigung stand teilweise noch aus

Ein Viertel der Mütter der Onlinestichprobe und 60% der Mütter der Klinikstichprobe hat dem Gefühl nach noch keinen Abschied genommen, aber über 70% der Mütter der Onlinestichprobe und 40% der Mütter der Klinikstichprobe haben bereits vom Gefühl her Abschied genommen. Über 80% der Mütter der Onlinestichprobe und alle Mütter der Klinikstichprobe, die diese Frage beantworten konnten, haben ihr Kind wunschgerecht beerdigt.

Angemerkt sei hier, dass 89,8% der Mütter der Onlinestichprobe, die von ihrem Gefühl her bereits Abschied genommen haben, ihr Kind wunschgerecht beerdigt haben.

In Tabelle 14 ist in Form einer Kreuztabelle die Wechselwirkung zwischen den Variablen „Haben Sie das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben?“ und „Ist das Kind nach Ihren Wünschen beerdigt worden?“ dargestellt.

Tab. 14: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Haben Sie das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben?“ und „Ist das Kind nach Ihren Wünschen beerdigt worden?“

	Ist das Kind nach Ihren Wünschen beerdigt worden?			Gesamt
		nein	ja	
Haben Sie das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben?	nein	7	10	17
	ja	5	44	49
Gesamt		12	54	66

Variablen	X <sup>2</sup>	p-Wert	exakter p-Wert nach Fischer
Gefühl von Abschied* Wunschgerecht beerdigt	8,14	0,004	0,009

\*\*

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen „Gefühl von Abschied“ und „Wunschgerecht beerdigt“. Wenn das Kind nach den Wünschen der Mütter beerdigt worden ist, haben sie eher das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben, als wenn es nicht nach ihren Wünschen beerdigt worden ist. Dieser Zusammenhang wird am wahrscheinlichsten angenommen. Das signifikante Ergebnis bei der Berechnung von Kreuztabellen gibt keine Richtung des signifikanten Zusammenhanges vor.

Variablen	X <sup>2</sup>	p-Wert	exakter p-Wert nach Fischer
Gefühl von Abschied* Religiosität <sup>1</sup>	3,87	0,049	0,087

<sup>1</sup> Mindestens eine Zelle weist eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5 auf. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen „Gefühl von Abschied“ und „Religiosität“. Wenn die Frauen religiös sind, haben sie eher nicht das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben, als wenn sie nicht religiös sind.

Variablen	X <sup>2</sup>	p-Wert	exakter p-Wert nach Fischer
Wunschgerecht beerdigt * Schwangerschaftswoche	10,54	0,014	n.b.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen „Wunschgerecht beerdigt“ und „Schwangerschaftswoche“. Bezüglich der Schwangerschaftswoche scheinen Frauen bei länger andauernder Schwangerschaft eher die Möglichkeit zu haben, ihr Kind wunschgerecht zu beerdigen. Frauen, die ihr Kind im 6. oder 7. Monat verloren haben, geben überzufällig häufig an, ihr Kind nicht nach ihren Wünschen beerdigt zu haben, während Frauen, die ihr Kind nach dem 9. Schwangerschaftsmonat verloren haben, mit größerer Wahrscheinlichkeit berichten, ihr Kind wunschgerecht beerdigt zu haben.

An dieser Stelle soll auf die Sicht der Väter hingewiesen werden.

Alle Väter der Onlinestichprobe und 40% der Väter der Klinikstichprobe haben dem Gefühl nach bereits Abschied genommen. Alle Väter der Onlinestichprobe und alle Väter der Klinikstichprobe, die diese Frage beantworten konnten, haben ihr Kind wunschgerecht beerdigt.

#### **11.1.4. Wie sah die Unterstützung im Trauerprozess aus?**

In Tabelle 15 sind die Häufigkeiten der Antworten zur Unterstützung im Trauerprozess dargestellt.



Tab. 15: Häufigkeiten der Antworten zur Unterstützung im Trauerprozess

Variablen zur Unterstützung	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Teilnahme an therapeutischen Angeboten (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 1) (Mehrfachauswahl)	nein	30	45,5	0	0
	ja	36	54,5	1	100
		<b>N=36</b>		<b>N=1</b>	
	Selbsthilfegruppe	21	58,3	1	100
	Beratungsgespräche	13	36,1	0	0
	Andere Angebote	16	44,4	0	0
Unterstützung durch Personen (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 3) (Mehrfachauswahl)	nein	4	6,1	0	0
	ja	62	93,9	3	100
		<b>N =62</b>		<b>N=3</b>	
	Partner	51	82,3	2	
	Angehörige	36	58,1	1	
	Freunde	48	77,4	0	
	andere	27	43,5	2	
War es möglich, Trauer anzusprechen? (N <sub>O</sub> = 65) (N <sub>K</sub> = 1)	ja	54	83,1	0	0
	nein	7	10,8	1	100
	nicht gewollt	4	6,2	0	0
War es unangenehm, angesprochen zu werden? (N <sub>O</sub> = 65) (N <sub>K</sub> = 1)	ja	8	12,3		0
	nein	50	76,9	1	100
	Ansprache fand nicht statt	7	10,8		0
Bewertung Ansprache (Mehrfachauswahl) (N <sub>O</sub> = 65) (N <sub>K</sub> = 1)	zu viel	7	10,8	0	0
	zu wenig	23	35,4	0	0
	störend	5	7,7	0	0
	hilfreich	32	49,2	0	0
	mitfühlend	44	67,7	1	100
	unsensibel	18	27,7	1	100
	plump	10	15,4	1	100
	taktvoll	25	38,5	1	100

Etwas mehr als die Hälfte der Frauen der Onlinestichprobe hat an therapeutischen Angeboten teilgenommen, davon am häufigsten an Selbsthilfegruppen bzw. Trauer-

gruppen. 93,9% haben sich bei ihrer Trauer von anderen unterstützt gefühlt. Der Partner wird von 82,3% als wichtigste unterstützende Person genannt. 83,1% war es möglich, die eigene Trauer anderen gegenüber anzusprechen. 76,9% fanden es nicht unangenehm, von anderen darauf angesprochen zu werden. Zu der Klinikstichprobe lässt sich angesichts der wenigen Antworten keine weiterführende Aussage machen.

Die Sicht der Väter zur erlebten Unterstützung unterscheidet sich von der Sicht der Mütter. Die Väter der Onlinestichprobe haben sich vor allem durch Angehörige unterstützt gefühlt, die Unterstützung durch ihre Partnerin wird gleich häufig genannt wie die durch Freunde oder andere.

### 11.1.5. Wie ist es mit weiteren Kindern?

In Tabelle 16 sind die Häufigkeiten der Antworten zu weiteren Kindern dargestellt.

Tab. 16: Häufigkeiten der Antworten zu weiteren Kindern

Variablen zu Kindern	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Weitere Kinder (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	ja	53	80,3	2	33,3
	nein	13	19,7	4	66,7
	vor Kindsverlust gebo- rene	30	45,5	2	33,3
	eins	23	76,7	0	0
	mehr als 1	7	23,3	2	100
	nach Kindsverlust gebo- rene	41	62,1	0	0
	eins	24	58,5	0	0
	mehr als 1	17	41,5	0	0
Stiefkinder	ja	2	3	1	16,7
Fehl-/Totgeburt (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	noch keine Fehl-/Totgeburt	39	59,1	5	83,3
	schon einmal Fehl- /Totgeburt	27	40,9	1	16,7
	eine	19		0	
	mehr als 1	8		1*	
		N=28 <sup>1)</sup>		N=1 <sup>2)</sup>	
	Fehl-/Totgeburt	13		1	

vorher	mehr als 1	2		1	
	Fehl-/Totgeburt	8		0	
nachher	mehr als 1	5		0	
		<b>N=27</b>		<b>N=1<sup>2)</sup></b>	
zurechtge- kommen	gut	7	25,9	0	0
	mäßig	11	40,7	0	0
	schlecht	9	33,3	1	100
<hr/>					
Schwangerschafts- abbruch (N <sub>O</sub> = 64) (N <sub>K</sub> = 6)					
noch keinen SSA		51	79,7	5	83,3
ja, schon einmal		13	20,3	1	16,7
		<b>N=13</b>		<b>N=1</b>	
SSA vorher		9	69,2	1	100
SSA nachher		4	30,8	0	0
		<b>N=13</b>		<b>N=1</b>	
zurechtge- kommen	gut	7	53,8	0	0
	mäßig	3	23,1	0	0
	schlecht	3	23,1	1	100

<sup>1)</sup> Es sind 28 für die Aufteilung in Fehl-/Totgeburten vorher und nachher, weil eine Mutter sowohl vor als auch nach dem hier im Vordergrund stehenden Kindsverlust Fehlgeburten erlebt hat.

<sup>2)</sup> sechs Fehl-/ Totgeburten

80,3% der Mütter der Onlinestichprobe haben weitere Kinder. 45,5% aller 66 Mütter haben ein oder mehrere Kinder, die vor dem Kindsverlust geboren wurden. 62,1% haben weitere Kinder nach dem Kindsverlust bekommen, d.h. 19 Mütter haben sowohl vorher als auch nachher weitere Kinder bekommen. 40,9% (27 Fälle) der Onlinestichprobe haben schon einmal eine Fehlgeburt erlebt. Ein Viertel ist mit dieser Erfahrung gut zurechtgekommen, ein Drittel schlecht. Hingegen hat von den sechs Müttern der Klinikstichprobe nur eine Mutter bereits (mehr als) eine Fehl-/ Totgeburt erlebt. 66,7% der Frauen der Klinikstichprobe haben keine weiteren Kinder. Es darf angenommen werden, dass die Frauen der Klinikstichprobe im Laufe der Zeit noch weitere Kinder bekommen werden, ebenso vielleicht auch noch weitere Fehlgeburten erleben werden, so dass der Unterschied auf den Messzeitpunkt zurückzuführen ist.

20,3% der Frauen der Onlinestichprobe, das sind 13 Fälle, haben schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, von diesen haben vier, also ein Drittel, diesen nach dem Kindsverlust durchführen lassen. Über 50% dieser 13 Fälle sind damit gut zurechtgekommen. 16,7% der Frauen der Klinikstichprobe, also eine

Mutter von sechs, hat schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch vor dem Kindsverlust durchführen lassen.

Im Vergleich dazu lag bei einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998/99 die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen zwischen 15% und 22%, somit ergibt sich in beiden Stichproben das gleiche Abbild.

80% der Väter der Onlinestichprobe und alle Väter der Klinikstichprobe haben noch keinen Schwangerschaftsabbruch in ihrer Partnerschaft erlebt.

### 11.1.6. Wie gestaltet sich die Partnerschaft?

In Tabelle 17 sind die Häufigkeiten der Antworten zur Partnerschaft dargestellt.

Tab. 17: Häufigkeiten der Antworten zur Partnerschaft

Variablen zur Partnerschaft	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Partnerschaft zum Geburtszeitpunkt (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	ja nein	65 1	98,5 1,5	6 0	100 0
Partnerschaft besteht noch immer (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	ja nein	55* 11	83,3 16,7	6 0	100 0
Einschätzung der Beziehung (N <sub>O</sub> = 54) (N <sub>K</sub> = 6)	Sehr unglücklich Unglücklich Ausgeglichen Glücklich Sehr glücklich	2 2 9 24 17	3,7 3,7 16,7 44,4 31,5	0 1 0 2 3	0 16,7 0 33,3 50,0
Hat sich Zusammenleben nach Kindsverlust verändert? (N <sub>O</sub> = 53) (N <sub>K</sub> = 6)	Verbessert Verschlechtert Keine Veränderung	31 4 18	58,5 7,5 34,0	3 1 2	50,0 16,7 33,3

\* Auf die Frage, ob der Partner auch Elternteil des verstorbenen Kindes ist, haben 55 geantwortet. Von diesen ist bei 54 der 55 Fälle der Partner auch Elternteil des verstorbenen Kindes (98,2%).

98,5% der Frauen der Onlinestichprobe und alle Frauen der Klinikstichprobe haben zum Geburtszeitpunkt eine Partnerschaft. Dieser hohe Anteil ist angesichts der Ge-

burtsituation des gemeinsamen Kindes auch zu erwarten. Im Vergleich dazu gaben bei einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BfG) 1998/99 85% der Frauen im Osten und 81% der Frauen im Westen an, eine feste Partnerschaft zu haben. Frauen mit Kindern haben häufiger eine feste Partnerschaft (Ost und West 91%) als Frauen ohne Kinder (Ost und West 69%).

Von den 65 Frauen der Onlinestichprobe, die zum Geburtszeitpunkt eine Partnerschaft hatten, besteht sie bei 83,3% fort, bei 16,7% nicht mehr. Gemessen an 85% bzw. 81% der Frauen, die in der Befragung der BfG eine feste Partnerschaft angaben, unterscheiden sich 83,3% nicht, aber gemessen an 91%, das sind die Partnerschaften mit Kindern, mag es möglicherweise häufiger zu Trennungen nach einem Kindsverlust kommen. Wiederum erklärt sich der Unterschied zwischen den beiden Stichproben durch den Messzeitpunkt bei der Klinikstichprobe.

Auf die Frage: „Wie glücklich schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Beziehung ein?“ antworten 54 Frauen der Onlinestichprobe. Von diesen geben 44,4% an, glücklich zu sein und 31,5% sehr glücklich zu sein, das sind zusammen 75,9%. Bei der Klinikstichprobe sind 83,3% der Frauen glücklich und sehr glücklich mit ihrer Partnerschaft. Im Vergleich dazu gaben bei der gleichen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998/99 45% der Frauen an, sehr zufrieden mit der Partnerschaft zu sein. Somit könnte man vermuten, dass die Erfahrung eines gemeinsamen Kindsverlustes zu einem tieferen Verbundenheitsgefühl in der Partnerschaft führt.

Auf die Frage, ob sich das Zusammenleben seit dem Kindsverlust verändert hat, antworten 53 Frauen der Onlinestichprobe. Von diesen geben 58,5% an, dass sich das Zusammenleben seither verbessert hat, wie auch die Hälfte der Frauen der Klinikstichprobe, was auch dafür spricht, dass die Erfahrung eines gemeinsamen Kindsverlustes zu einem tieferen Verbundenheitsgefühl in der Partnerschaft führen kann. Der Messzeitpunkt bei der Klinikstichprobe muss hier jedoch wieder berücksichtigt werden.

80% aller Väter sind mit ihrer Partnerschaft glücklich oder sehr glücklich. Zwei Väter der Klinikstichprobe geben an, dass sich ihre Partnerschaft durch den erlebten Kindsverlust verbessert hat, zwei Väter der Onlinestichprobe und ein Vater der Klinikstichprobe geben an, dass sich ihre Partnerschaft verschlechtert hat, 60% der Väter der Onlinestichprobe und 40% der Väter der Klinikstichprobe geben keine Verän-

derung an. Das Erleben der Väter von Verbundenheit in der Partnerschaft durch den Kindsverlust könnte sich von dem Erleben der Mütter unterscheiden.

Der folgende Abschnitt enthält die deskriptive Darstellung der Klinikstichprobe, mit der sich Aussagen zur Partnerschaft ableiten lassen.

In Tabelle 18 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima angegeben, die die Probanden auf den drei Skalen und dem Gesamtwert des PFB (Hahlweg, 1996) erreicht haben.

Tab. 18: Mittelwerte (SD) der PFB-Skalen und des Gesamtwerts für die Gesamtstichprobe sowie nur für die Frauen und Mittelwerte der Normierungsstichprobe (KG = Kontrollgruppe, n=235; TG = Therapiegruppe, n=299)

	Gesamtstichprobe:			Frauen:	KG:	TG:
	Min	Max	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
PFB Gesamtwert (nG=10, nF=5)*	28,00	62,00	44,70 (10,78)	44,80 (12,72)	64,9 (10,5)	44,1 (15,5)
Gemeinsamkeit/Kommunikation (nG=11, nF=6)*	8,00	29,00	19,82 (6,15)	20,00 (6,90)	20,1 (4,7)	13,2 (6,0)
Zärtlichkeit (nG=10, nF=5)*	6,00	29,00	18,90 (7,39)	19,20 (6,87)	20,1 (5,0)	13,3 (6,5)
Streitverhalten (nG=11, nF=6)*	0,00	12,00	5,82 (4,92)	5,33 (4,41)	5,4 (4,6)	12,6 (7,2)

\* nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

Die Normierungsstichprobe des PFB setzt sich aus n=534 Personen zusammen, die zum Untersuchungszeitpunkt eine intime Partnerbeziehung hatten oder verheiratet waren. 235 Partner wurden der Kontrollgruppe zugeordnet, weil sie angaben, mit ihrer Beziehung zufrieden zu sein und keine Eheberatung zu benötigen. Sie waren im Mittel M=35,1 Jahre alt (SD=6,9), waren durchschnittlich 10,2 Jahre mit dem Partner zusammen (SD=6,4) und hatten in der Mehrzahl einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss (64,5%). 17,9% hatten keine Kinder, 37,4% 3 oder mehr Kinder. In der Therapiegruppe befanden sich 299 Personen, die eine Eheberatung in einer katholischen Ehe-, Familien- oder Lebensberatungsstelle besuchten. Das durchschnittliche Alter lag bei 38,3 Jahren (SD=8,3) und die Partnerschaft bestand im Mittel seit 13,1 Jahren. Einen Universitätsabschluss hatten nur 29,6%. 32,5% dagegen wiesen einen Hauptschulabschluss auf. Fast die Hälfte der Personen hatte 2 Kinder (45,6%), nur 11,9% hatten keine Kinder. Die beiden Stichproben unterschieden sich in allen

genannten Merkmalen signifikant. Außerdem schnitten die Männer der Kontrollgruppe bezüglich der Skala Zärtlichkeit signifikant schlechter ab als die Frauen der Kontrollgruppe, während die Frauen der Therapiegruppe in ihren durchschnittlichen Werten auf der Skala Gemeinsamkeit signifikant unter den Männern der Therapiegruppe lagen. Für die entsprechenden Skalen sind demnach unterschiedliche Werte für Männer und Frauen in der Normtabelle zu finden.

In Tabelle 19 ist dargestellt, wie die Stichprobe im Vergleich zu der Normierungsstichprobe des PFB (Kontrollgruppe) abschneidet. Zur Vergleichbarkeit wurden die Werte, die die Frauen und Männer auf den Skalen des PFB erreicht haben, anhand der Normierungstabelle in T-Werte transformiert. Diese wurden auf Basis der Standardabweichung in Kategorien eingeteilt, wobei eine Abweichung vom Mittelwert der Normierungsstichprobe innerhalb einer Standardabweichung als „leicht überdurchschnittlich“ oder „leicht unterdurchschnittlich“, eine Abweichung über eine Standardabweichung, aber innerhalb von 2 Standardabweichungen als „überdurchschnittlich“ bzw. „unterdurchschnittlich“ und eine Abweichung über 2 Standardabweichungen als „sehr unterdurchschnittlich“ bzw. „sehr überdurchschnittlich“ bezeichnet wurde. In der Tabelle sind die Anzahl der Versuchspersonen angegeben, die in die entsprechenden Kategorien fielen.

Tab. 19: PFB-Ergebnisse der Probanden im Vergleich zur Kontrollgruppe der Normierungsstichprobe des PFB

Vergleich zur Kontrollgruppe	Zärtlichkeit			Gemeinsamkeit			Streitverhalten			Gesamtwert		
	nG	nF	%	nG	nF	%	nG	nF	%	nG	nF	%
	= 10	= 5		= 11	= 6		= 11	= 6		= 10	= 5	
Sehr unterdurchschnittlich	2	1	18,2	1	1	9,1	0	0	0,0	4	2	36,4
Unterdurchschnittlich	0	0	0,0	2	0	18,2	2	0	18,2	4	2	36,4
Leicht unterdurchschnittlich	2	2	18,2	2	1	18,2	3	3	27,3	2	1	18,2
Leicht überdurchschnittlich	5	2	45,5	4	3	36,4	3	2	27,3	0	0	0,0
Überdurchschnittlich	1	0	9,1	2	1	18,2	3	1	27,3	0	0	0,0
Sehr überdurchschnittlich	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0

nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

Der Gesamtwert zeigt an, dass die meisten Probanden ( $M=44,7$ ) unterhalb des Mittelwerts der Kontrollgruppe liegen ( $M=64,9$ ), 72,8% berichten demnach von einer unterdurchschnittlichen Partnerschaftsqualität ( $n=8$  Personen liegen mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert). Stärkere Abweichungen in den unterdurchschnittlichen Bereich gibt es bei einem Mann und einer Frau auf der Skala Zärtlichkeit und bei einer Frau auf der Skala Gemeinsamkeit (mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Kontrollgruppe). 18,2% liegen im sehr unterdurchschnittlichen Bereich auf der Skala Zärtlichkeit, fast ein Drittel (27,3%) liegt unter dem Durchschnitt auf der Skala Gemeinsamkeit und fast ein Drittel (27,3%) liegt auf der Skala Streitverhalten über dem Durchschnitt.

Es zeigt sich eine deutliche Unterscheidung der eigenen Stichprobe zur Kontrollgruppe der Normierungsstichprobe.

In Tabelle 20 ist dargestellt, wie die Probanden im Vergleich zur Therapiegruppe abschneiden.

Tab. 20: PFB-Ergebnisse der Probanden im Vergleich zur Therapiegruppe der Normierungsstichprobe des PFB

Vergleich Therapiegruppe	Zärtlichkeit			Gemeinsamkeit			Streitverhalten			Gesamtwert PFB		
	nG =10	nF =5	%	nG =11	nF =6	%	nG =11	nF =6	%	nG =10	nF =5	%
Sehr unterdurchschnittlich	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Unterdurchschnittlich	1	0	9,1	0	0	0,0	5	3	45,5	0	0	0,0
Leicht unterdurchschnittlich	1	1	9,1	3	1	27,3	6	3	54,5	4	2	36,4
Leicht überdurchschnittlich	4	2	36,4	6	4	54,5	0	0	0,0	5	2	45,5
Überdurchschnittlich	3	2	27,3	2	1	18,2	0	0	0,0	1, 1	1	9,1
Sehr überdurchschnittlich	1	0	9,1	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0

nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

Mit Ausnahme einer Frau, die etwas über dem Durchschnitt liegt, erreichen alle Probanden einen PFB-Wert, der sich innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert der Therapiegruppe befindet (81,9%). Auch bezüglich der Skalen ergeben sich keine sehr großen Abweichungen von der Therapiegruppe (nur 1 Mann auf der Skala



Zärtlichkeit liegt über zwei Standardabweichungen vom Mittelwert entfernt). Die kleineren Abweichungen, die auftreten (mehr als eine Standardabweichung von Mittelwert), liegen eher im positiven Bereich. So geben ein weiterer Mann und zwei Frauen eine höhere Zärtlichkeit als der Durchschnitt der Kontrollgruppe an, zwei Personen (ein Mann und eine Frau) nehmen mehr Gemeinsamkeit wahr und fünf Personen liegen in ihrem Streitverhalten unter dem Mittelwert der Therapiegruppe.

Somit ähnelt die eigene Stichprobe der Therapiegruppe. Im Diskussionsteil wird auf den Widerspruch eingegangen, dass über 80% der Frauen der Klinikstichprobe angeben, glücklich oder sehr glücklich mit ihrer Partnerschaft zu sein.

#### 11.1.7. Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

In Tabelle 21 sind die Häufigkeiten der Antworten zur aktuellen Schwangerschaft und der Einstellung dazu dargestellt.

Tab. 21: Häufigkeiten der Antworten zur aktuellen Schwangerschaft und der Einstellung dazu

Variable zu aktueller Schwangerschaft	Antworten	Online-stichprobe	
		N	%
Aktuell schwanger (N= 52)	Ja, schwanger und darüber glücklich	6	11,5
	Ja, schwanger und darüber nicht glücklich	0	0
	Nicht schwanger und nicht damit beschäftigt	27	51,9
	Nicht schwanger, aber Schwangerschaft gegenüber positiv eingestellt	19	36,5

Auf die Frage, ob aktuell eine Schwangerschaft besteht und der Einstellung zu einer aktuellen Schwangerschaft, antworten insgesamt 52 Frauen der Onlinestichprobe. 11,5% der teilnehmenden Frauen sind zum Erhebungszeitpunkt schwanger und darüber glücklich. Zu den 14 fehlenden Antworten gehören die Frauen, die sich im Klimakterium und in der Menopause befinden und die sich in keiner Antwortkategorie wieder finden konnten. Ebenso finden sich die Frauen nicht wieder, deren Kindsverlust erst kurze Zeit zurückliegt.

Aufgrund des Messzeitpunktes machte diese Frage für die Frauen der Klinikstichprobe so keinen Sinn. Zwei Frauen antworteten frei im Interview:

„ich habe den Wunsch, wieder schwanger zu sein, mein Partner ist aber noch nicht soweit“, „ich wünsche mir noch ein Kind, habe aber große Angst vor der Schwangerschaft“.

### 11.1.8. Wie stellt sich Belastung dar?

In Tabelle 22 sind die Häufigkeiten der Antworten zur Darstellung der Belastung angegeben.

Tab. 22: Häufigkeiten der Antworten zu Belastung

Variablen zu Belastung	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Psychotherapeutische Behandlung (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	nein	37	56,1	5	83,3
	ja	29	43,9	1	16,7
		<b>N=26</b>		<b>N=1</b>	
	In Zusammenhang mit Kindsverlust	19	73,1	1	100
	Kein Zusammenhang mit Kindsverlust	7	26,9	0	0
Medikamente (N <sub>O</sub> = 64) (N <sub>K</sub> = 6)	nein	56	87,5	6	100
	ja	8	12,5	0	0
		<b>N=6</b>			
	In Zusammenhang mit Kindsverlust	4	66,7		
	Kein Zusammenhang mit Kindsverlust	2	33,3		
Alkoholkonsum (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	nein	21	31,8	6	100
	ja	45	68,2	0	0
		<b>N=45</b>			
	In Zusammenhang mit Kindsverlust	5	11,1		
	Kein Zusammenhang mit Kindsverlust	40	88,9		

43,9% (29 Fälle) der Frauen der Onlinestichprobe sind oder waren schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung. Von diesen haben nur 26 auf die Frage geantwortet, ob diese Behandlung im Zusammenhang mit dem Kindsverlust stand, was im Einzelfall auch schwer zu beantworten sein mag. 66,7% dieser Frauen geben einen

Zusammenhang an. Eine Frau der Klinikstichprobe (16,7%) war in psychotherapeutischer Behandlung, die im Zusammenhang mit dem Kindsverlust steht. Da die Erhebung innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Kindsverlust war, könnte sich der Anteil der Frauen, die psychotherapeutische Behandlung aufsuchen im Laufe der Zeit durchaus noch erhöhen.

Nach Jacobi et. al. (2004) liegen die 1-Jahres-Prävalenzen für psychische Störungen in der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 65 Jahre) bei 31%. Nach Franz (1997), zitiert nach Wittchen und Hoyer (2006) nehmen 3% der Personen mit psychischen Beschwerden eigeninitiativ Psychotherapie in Anspruch. Die Quote erhöhte sich auf 33%, nachdem ein Angebot zur psychotherapeutischen Behandlung gemacht wurde.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass 43,9% der Frauen der Onlinestichprobe, die Psychotherapie in Anspruch nehmen bzw. genommen haben, auffällig viele sind. 73,1% von diesen geben ohnehin einen Zusammenhang zwischen Behandlung und Kindsverlust an.

Von den acht Fällen bzw. 12,5% der Frauen der Onlinestichprobe, die Medikamente zur Beruhigung oder zur Aufhellung der Stimmung oder Drogen zu sich nehmen, haben nur sechs auf die Frage geantwortet, ob die Einnahme im Zusammenhang mit dem Kindsverlust steht. 66,7% dieser Frauen geben einen Zusammenhang an. Alle Frauen der Klinikstichprobe verneinen eine Medikamenteneinnahme.

Alle Frauen der Klinikstichprobe verneinen Alkoholkonsum (100%). 31,8% der Frauen der Onlinestichprobe trinkt gar keinen Alkohol. Von den Frauen, die Alkohol trinken, geben 11,1% an, seit dem Kindsverlust mehr Alkohol zu trinken.

Nach Wittchen und Hoyer (2006) trinken lediglich 2,1% der Männer und 3,3% der Frauen überhaupt keinen Alkohol. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass bereits 31,8% der Onlinestichprobe, die keinen Alkohol trinken, auffällig viele sind.

Zu den Vätern lässt sich feststellen, dass kein Vater bisher in psychotherapeutischer Behandlung war/ist oder Medikamente zur Beruhigung oder für die Stimmung nahm/nimmt. Alle Väter der Onlinestichprobe konsumieren Alkohol und geben an, dass dies nicht im Zusammenhang mit dem Kindsverlust steht. 60% der Väter der Klinikstichprobe konsumieren Alkohol, ob ein Zusammenhang zum erlebten Kindsverlust besteht, wurde nicht beantwortet.

Der folgende Abschnitt enthält die deskriptive Darstellung der Klinikstichprobe, mit der sich Aussagen zur Belastung als subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome ableiten lassen.

Für den BSI können neben einem Skalenwert für jede der 9 Skalen drei globale Kennwerte berechnet werden: GSI, PSDI und PST. Der Schwerpunkt der Interpretation sollte auf dem GSI liegen, da er der psychometrisch beste Kennwert des BSI ist. Der GSI gibt die Intensität der empfundenen Belastung bei allen 53 Symptomen wieder und ist somit der sensitivste Indikator für die psychische Belastung. Der PSDI zeigt an, wie intensiv die Belastung im Hinblick auf die Items empfunden wird, bei denen eine Belastung vorliegt. Der PST-Wert gibt Auskunft über die Anzahl der als belastend beurteilten Items. In den Tabellen 23 (Gesamtstichprobe,  $n=11$ ) und 24 (nur Frauen,  $n=6$ ) wird eine Übersicht im Hinblick die Mittelwerte, Maxima, Minima und Standardabweichung der von den Probanden erreichten Ergebnisse gegeben, sowohl bezüglich der einzelnen Skalen als auch der 3 globalen Kennwerte. Die höchsten Mittelwerte werden bei den Skalen „Zwanghaftigkeit“ und „Unsicherheit im Sozialkontakt“ erreicht, gefolgt von den Skalen „Aggressivität“ und „Depressivität“. Der geringste Mittelwert ergibt sich für die Skala Somatisierung. Werden nur die Frauen betrachtet, ergeben sich für alle Skalen- und Kennwerte etwas höhere Werte.

Tab. 23: Mittelwert, Maximum, Minimum und Standardabweichung der eigenen Gesamtstichprobe für die Skalenwerte und die 3 globalen Kennwerte

Globale Kennwerte bzw. Skalenwerte	Gesamtstichprobe					Gesamt Norm- stichprobe	
	Min	Max	M	SD	T	M	SD
GSI	0,23	2,72	0,84	,74080	69	0,31	0,23
PSDI	1,00	2,94	1,69	,70070	67	1,19	0,30
PST	9,00	52,00	24,27	12,86150	62	13,20	8,13
Somatisierung	0,00	2,00	0,58	,60442	61	0,27	0,32
Zwanghaftigkeit	0,00	3,17	<b>1,12</b>	,87079	64	0,52	0,44
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,00	3,75	<b>1,08</b>	1,11294	64	0,42	0,43
Depressivität	0,17	3,50	<b>0,92</b>	1,01942	66	0,28	0,37
Ängstlichkeit	0,00	3,00	0,73	,87392	61	0,34	0,34
Aggressivität/ Feindseligkeit	0,00	3,00	<b>0,96</b>	1,01909	66	0,33	0,34
Phobische Angst	0,00	2,40	0,66	,77357	65	0,15	0,24
Paranoides Denken	0,00	1,60	0,62	,51734	58	0,34	0,39
Psychotizismus	0,20	2,20	0,67	,58837	64	0,31	0,23

Tab. 24: Mittelwert, Maximum, Minimum und Standardabweichung der Frauen für die Skalenwerte und die 3 globalen Kennwerte

Globale Kennwerte bzw. Skalenwerte	Stichprobe Frauen					Frauen Norm- stichprobe	
	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD	T	M	SD
GSI	,35	2,72	1,07	,93653	72	1,40	0,72
PSDI	1,29	2,77	1,86	,60716	68	2,22	0,59
PST	13,00	52,00	27,00	15,29706	64	31,81	11,35
Somatisierung	,00	2,00	0,71	,77786	62	0,94	0,84
Zwanghaftigkeit	,33	3,17	<b>1,33</b>	1,08761	66	1,60	1,01
Unsicherheit im Sozialkontakt	,00	3,75	<b>1,35</b>	1,39931	66	1,66	1,04
Depressivität	,33	3,50	<b>1,36</b>	1,23141	69	1,90	1,05
Ängstlichkeit	,00	3,00	0,83	1,12546	61	1,82	1,02
Aggressivität/Feindseligkeit	,00	3,00	<b>1,30</b>	1,32514	71	1,23	0,95
Phobische Angst	,00	2,40	0,78	,97147	70	0,91	0,91
Paranoides Denken	,00	1,60	0,80	,52154	61	1,21	0,97
Psychotizismus	,20	2,20	0,83	,77374	70	1,24	0,89

Die nach Geschlecht und Bildungsstand geschichtete deutsche Normstichprobe des BSI bestand aus 600 Erwachsenen mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren (Spannweite 15 bis 80 Jahre, 46,7% unter 30 Jahre), die in den Jahren 1995 bis 1997 befragt wurden. In den Tabellen 24 und 25 ist dargestellt, wie die Probanden im Vergleich zu der Normstichprobe der Erwachsenen des BSI abgeschnitten haben. Dazu wurden die Skalenwerte sowie die globalen Kennwerte des BSI in T-Werte transformiert und auf Basis der Standardabweichung und des Mittelwerts in Kategorien eingeteilt (siehe PFB), wobei eine Abweichung vom Mittelwert der Normierungstichprobe innerhalb einer Standardabweichung als „leicht überdurchschnittlich“ oder „leicht unterdurchschnittlich“, eine Abweichung über eine Standardabweichung, aber innerhalb von 2 Standardabweichungen als „überdurchschnittlich“ bzw. „unterdurchschnittlich“ und eine Abweichung über 2 Standardabweichungen als „sehr unterdurchschnittlich“ bzw. „sehr überdurchschnittlich“ bezeichnet wurde. In der Tabelle 25 ist die Anzahl der Versuchspersonen angegeben, die in die entsprechenden Kategorien fielen.

Ausgeschlossen wurden Personen, die sich als aktuell körperlich und/oder psychisch krank klassifizierten.

Tab. 25: Einordnung der globalen Kennwerte des BSI im Vergleich zur Erwachsenennormstichprobe des BSI

Wert	GSI			PSDI			PST		
	nG	nF	%	nG	nF	%	nG	nF	%
Sehr unterdurchschnittlich	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Unterdurchschnittlich	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Leicht unterdurchschnittlich	0	0	0,0	2	0	18,2	1	0	9,1
Durchschnittlich	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Leicht überdurchschnittlich	6	3	54,5	6	3	54,5	6, 4	4	54,5
Überdurchschnittlich	2	1	18,2	0	0	0,0	1	0	9,1
Sehr überdurchschnittlich	3	2	27,3	3	3	27,3	3	2	27,3

nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

Bezüglich des GSI erreicht die Mehrzahl der Probanden einen leicht überdurchschnittlich Wert verglichen mit der Normstichprobe (innerhalb einer Standardabweichung über dem Mittelwert der Normstichprobe), liegen demnach in der Intensität ihrer psychischen Belastung kaum über dem Durchschnitt. 5 Personen (3 Frauen, 2 Männer) liegen dagegen im überdurchschnittlichen bzw. sehr überdurchschnittlichen Bereich (über eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normstichprobe), d.h. nehmen eine auffallend hohe Intensität an psychischer Belastung wahr. Die Ergebnisse zum PSDI zeigen, dass fast Dreiviertel der Probanden dem Durchschnitt der Normstichprobe entsprechen (innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert). 3 Frauen erreichen sehr hohe Werte, was bedeutet, dass sie die Tendenz haben, wenn sie sich belastet fühlen, diese als sehr stark einzustufen. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich für den PST. 3 Personen (2 Frauen, 1 Mann) berichten bei wesentlich mehr Items über eine Belastung als der Durchschnitt der Normstichprobe, während die anderen nicht weit vom Mittelwert abweichen. Insgesamt zeigen die befragten Personen eine überdurchschnittliche Tendenz.

Tab. 26: Einordnung der Skalenwerte für die Gesamtstichprobe und die Frauen im Vergleich zur Erwachsenenennormstichprobe des BSI

(- - unterdurchschnittlich, - leicht unterdurchschnittlich, 0 durchschnittlich, + leicht überdurchschnittlich, ++ überdurchschnittlich, +++ sehr überdurchschnittlich)

	- -			-			0			+			++			+++		
Skala	n G	n F	%	n G	n F	%	n G	n F	%	n G	n F	%	n G	n F	%	n G	n F	%
Soma	1	1	9,1	3	2	27,3	0	0	0,0	2	0	18,2	4	2	36,4	1	1	9,1
Zwang	1	0	9,1	2	2	18,2	0	0	0,0	2	1	18,2	4	1	36,4	2	2	18,2
Uns	1	1	9,1	2	2	18,2	2	0	18,2	1	0	9,1	2	1	18,2	3	2	27,3
Depr	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	6	2	54,5	3	2	27,3	2	2	18,2
Ängst	1	1	9,1	2	1	18,2	0	0	0,0	4	2	36,4	1	1	9,1	3	1	27,3
Agg	2	2	18,2	0	0	0,0	0	0	0,0	2	2	18,2	5	2	45,5	2	2	18,2
Phob	0	0	0,0	5	3	45,5	0	0	0,0	0	0	0,0	2	0	18,2	4	3	36,4
para	0	0	0,0	3	1	27,3	1	0	9,1	2	2	18,2	4	2	36,4	1	1	9,1
Psycho	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	5	3	45,5	4	1	36,4	2	2	18,2

nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

In Tabelle 26 ist die Einordnung der Skalenwerte für die Gesamtstichprobe und die Frauen im Vergleich zur Erwachsenenennormstichprobe des BSI dargestellt. Bei Betrachtung der Beurteilung der einzelnen Skalen im Vergleich zur Normstichprobe wird ebenfalls deutlich, dass die meisten Probanden eher im oberen Bereich liegen, d.h. mehr Belastung in den einzelnen Bereichen wahrnehmen als der Durchschnitt der Normstichprobe. Ungefähr die Hälfte der Probanden erzielt bei allen Skalen Werte, die über eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normstichprobe liegen. Abweichungen von diesem Muster zeigen sich bei der Skala phobische Angst. Hier sind nur die Extreme besetzt. Es liegt fast die Hälfte der Personen im unter- oder überdurchschnittlichen Bereich (mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittel-



wert), ist also weniger oder stärker ängstlich als der Durchschnitt der Normstichprobe.

Die Autoren des BSI empfehlen, Probanden als psychisch belastet einzustufen, wenn der dem GSI-Wert zugeordnete T-Wert größer als 63 ist oder auf mindestens zwei Skalen ein T-Wert über 63 erreicht wird. In Tabelle 27 ist für die einzelnen Skalen die Anzahl an Probanden der eigenen Stichprobe angegeben, die einen Wert über 63 erreichen, für die entsprechende Skala demnach psychisch belastet erscheinen. Tabelle 28 zeigt, wie viele Probanden auf Basis des oben angegebenen Kriteriums insgesamt als psychisch belastet einzustufen sind. Mehr als die Hälfte der Probanden erfüllen das Kriterium (n = 7: 4 Frauen + 3 Männer).

Tab. 27: Anzahl psychisch belasteter Personen bezüglich der Skalen des BSI

Skala	nG	Psychisch belastet		
		nF	% Frauen	% Gesamt
Somatisierung	5	3	50,0	45,5
Depressivität	5	4	66,7	45,5
Ängstlichkeit	4	2	33,3	36,4
Aggressivität	5	4	66,7	45,5
Phobisch	6	3	50,0	54,5
psychotisch	3	3	50,0	27,3
Paranoid	2	1	16,7	18,2

nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

Tab. 28: Einstufung der Probanden anhand der BSI-Kriterien als psychisch belastet

Kriterium	nG	Psychisch belastet		
		nF	% Frauen	% Gesamt
GSI auffällig	4	2	33,3	36,4
Mindestens 2 Skalen auffällig	7	4	66,7	63,6
GSI auffällig oder mind. 2 Skalen auffällig	7	4	66,7	63,6

nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

### 11.1.9. Wie sieht das Trauererleben aus und wie stellt es sich dar?

Nach der in der theoretischen Einführung bereits dargelegten Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Abgrenzung von Trauer zu Depression und zu Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung wird das Trauererleben hier somit umfassend beschrieben.

#### 11.1.9.1. Depressive Symptomatik

Der folgende Abschnitt enthält die deskriptive Darstellung der Klinikstichprobe, mit der sich Aussagen zum Trauererleben als depressive Symptomatik ableiten lassen.

Die Probanden erreichten im BDI einen Mittelwert von  $M=14,55$  ( $SD=9,30$ ; nur Frauen:  $M=16,83$ ,  $SD=12,17$ ) mit einem Minimum von 5 und einem Maximum von 37.

In Tabelle 29 und 30 ist dargestellt, wie die Probanden im Vergleich zu zwei Normstichproben des BDI abgeschnitten haben. Die Stichprobe der Depressiven bestand aus  $n = 288$  depressiven Patienten in Behandlung, die im Mittel  $M=49$  Jahre alt waren (65% Frauen). Sie erreichten im BDI einen Mittelwert von  $M=24,4$  ( $SD=13,2$ ). Die Stichprobe der Gesunden setzte sich aus  $n=582$  Personen aus der Allgemeinbevölkerung zusammen, die im Mittel  $M=39$  Jahre alt waren (66% Frauen) und im BDI einen Mittelwert von  $M=7,4$  ( $SD=7,3$ ) erzielten.

Tab. 29: Vergleich mit der Stichprobe der Depressiven des BDI

	Häufigkeit		Prozent
	nG	nF	
unterdurchschnittlich (zwischen 1 und 2SD)	3	2	27,3
leicht unterdurchschnittlich (innerhalb 1 SD)	6	2	54,5
leicht überdurchschnittlich (innerhalb 1 SD)	1	1	9,1
überdurchschnittlich (zwischen 1 und 2 SD)	1	1	9,1

nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

Tab. 30: Vergleich mit der Stichprobe der Gesunden des BDI

	Häufigkeit		Prozent
	nG	nF	
durchschnittlich	1	1	9,1
leicht überdurchschnittlich (innerhalb 1 SD)	5	2	45,5
überdurchschnittlich (zwischen 1 und 2 SD)	4	2	36,4
sehr überdurchschnittlich (über 2 SD)	1	1	9,1

nG = Anzahl Gesamt, nF = Anzahl Frauen

Der Vergleich zeigt, dass die Probanden stärker den depressiven Patienten als den Gesunden ähneln. 5 Personen liegen mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Gesunden. Die restlichen 6 liegen innerhalb einer Standardabweichung oberhalb des Mittelwertes. Bezogen auf den Mittelwert der Depressiven erreichen 7 Personen dagegen einen Wert, der innerhalb einer Standardabweichung über bzw. unter dem Mittelwert liegt. Eine Person liegt mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert und nur 3 Personen mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwertes, sind dementsprechend weniger depressiv als der Durchschnitt der depressiven Patienten.

Im Manual sind Empfehlungen zur Einschätzung der Stärke der Depression angegeben für Patienten, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde. Diese wird auf Basis der Summenwerte vorgenommen (Tabelle 31). Der BDI spiegelt nur die Schwere der Depression wieder, liefert aber keine Diagnose der Depression.

Tab. 31: Einschätzung der Stärke der Depression anhand der Summenwerte

Summenwerte	Schwere der Depression
0 – 8	keine Depression
9 – 13	minimale Depression
14 – 19	leichte Depression
20 – 28	mittelschwere Depression
29 – 63	schwere Depression

Die Einordnung der Probanden der eigenen Klinikstichprobe nach dieser Klassifikation ist in Tabelle 32 dargestellt. Zwei Männer und eine Frau fallen in die Kategorie leichte Depression und jeweils eine Frau in die Kategorien mittelschwere und schwe-

re Depression. Die Hälfte der Frauen der Klinikstichprobe zeigt zumindest leichte depressive Symptome.

Tab. 32: Klassifikation der Schwere der Depression nach BDI

	Häufigkeit	Prozent
keine Depression	3 (2 Frauen, 1 Mann)	27,3
minimale Depression	3 (2 Männer, 1 Frau)	27,3
leichte Depression	3 (2 Männer, 1 Frau)	27,3
mittelschwere Depression	1 (Frau)	9,1
schwere Depression	1 (Frau)	9,1

Im Folgenden sind die Antworthäufigkeiten der Frauen der Onlinestichprobe zu den Items des Depressionsinventars (Tabelle 33) wiedergegeben, da nur dieser Stichprobe das Depressionsinventar vorlag.

Tab. 33: Items des Depressionsinventars mit Antworthäufigkeiten

Items	Häufigkeit (% an allen gültigen Antworten)	
	Ja trifft zu	Nein trifft nicht zu
1. Ich fühle mich wertlos	4 (6,9)	54 (93,1)
2. Ich blicke hoffnungslos in die Zukunft	6 (10,3)	52 (89,7)
3. Ich habe Gedanken an Selbstmord	1 (1,7)	57 (98,3)
4. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren	16 (27,6)	42 (72,4)
5. Ich habe an nichts mehr richtig Spass	6 (10,5)	51 (89,5)
6. Ich ziehe mich mehr zurück als früher	23 (39,7)	35 (60,3)
7. Ich muss mich zu allen Dingen aufraffen	12 (20,7)	46 (79,3)
8. Ich bin schneller erschöpft als früher	25 (43,1)	33 (56,9)
9. Ich schaffe weniger als sonst	19 (33,3)	38 (66,7)
10. Ich bin reizbarer als früher	23 (40,4)	34 (59,6)
11. Ich kann nicht weinen, obwohl ich es möchte	7 (12,1)	51 (87,9)
12. Morgens ist meine Stimmung schlechter als abends	16 (27,6)	42 (72,4)
13. Meine Lebensfreude hat gelitten	24 (41,4)	34 (58,6)
14. Ich habe ohne Diät mehr als 3 kg abgenommen	13 (22,8)	44 (77,2)
15. Ich könnte ständig weinen	5 (8,6)	53 (91,4)
16. Ich habe mehr Verdauungsstörungen als früher	12 (20,7)	46 (79,3)
17. Ich werde morgens wesentlich früher wach als nötig	9 (15,5)	49 (84,5)
18. Ich wache öfter auf und liege dann länger wach	17 (29,3)	41 (70,7)
19. Ich brauche längere Zeit zum Einschlafen	11 (19,0)	47 (81,0)
20. Ich habe öfter Herzbeschwerden	9 (15,5)	49 (84,5)
21. Ich bin innerlich unruhig und zittrig	12 (20,7)	46 (79,3)
22. Sex interessiert mich weniger als sonst	22 (37,9)	36 (62,1)

23. Ich habe Schuldgefühle	3 (5,2)	55 (94,8)
24. Ich habe mehr als 3 kg zugenommen	18 (32,1)	38 (67,9)
25. Ich schwitze mehr als früher	20 (34,5)	38 (65,5)
26. Ich bin total unglücklich	3 (5,2)	55 (94,8)
27. Ich bin vergesslicher als früher	27 (46,6)	31 (53,4)
Gesamtwert (diges)	M = 5,45 Md = 5	SD = 4,34 Max = 17 Min = 0

Auffällig ist die Zustimmung zu folgenden Items ( $\geq 30\%$ ):

„Ich ziehe mich mehr zurück als früher“, „Ich bin schneller erschöpft als früher“, „Ich schaffe weniger als sonst“, „Ich bin reizbarer als früher“, „Meine Lebensfreude hat gelitten“, „Ich wache öfter auf und liege dann länger wach“, „Sex interessiert mich weniger als sonst“, „Ich habe mehr als 3 kg zugenommen“, „Ich schwitze mehr als früher“, „Ich bin vergesslicher als früher“.

Ähnlich sieht die Zustimmung der Väter aus:

„Ich ziehe mich mehr zurück als früher“, „Ich bin schneller erschöpft als früher“, „Ich bin reizbarer als früher“, „Morgens ist meine Stimmung schlechter als abends“, „Meine Lebensfreude hat gelitten“, „Ich habe mehr als 3 kg zugenommen“, „Ich bin vergesslicher als früher“.

Zusätzlich wurde, wie bereits beschrieben, ein Cut-Off-Wert gebildet, ob und wenn ja in welchem Schweregrad eine Depression vorliegen könnte. Zur Orientierung sei an dieser Stelle noch einmal auf die Vorgaben der ICD-10 zur Diagnostik einer depressiven Episode hingewiesen:

1. *Depressive Stimmung* in einem für den Betroffenen deutlichen abnormen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände und mindestens zwei Wochen anhaltend.
- *Alle weiteren Symptome* beziehen sich auf den definierten Zeitraum
2. Verlust von *Interesse* oder *Freude* an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind
3. Verminderter *Antrieb* oder erhöhte Ermüdbarkeit
4. Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
5. Unbegründete *Selbstvorwürfe* oder ausgeprägte und unangemessene *Schuldgefühle*

6. Wiederkehrende *Gedanken* an den Tod oder Suizid oder *suizidales Verhalten*
  7. Klagen über oder Anzeichen für vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen wie Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit
  8. Änderung der *psychomotorischen Aktivität* mit Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
  9. Schlafstörungen jeder Art
  10. *Appetitverlust* oder *gesteigerter Appetit* mit entsprechender Gewichtsveränderung
- Beurteilung mit Hilfe der Symptome (1) bis (10): Sind die unten aufgeführten Kriterien einer leichten, mittelschweren oder schweren Episode erfüllt?

**Leicht:** Insgesamt mindestens **4** der Symptome (1) bis (10), darunter mindestens 2 der Symptome (1) bis (3)

**Mittelschwer:** Insgesamt mindestens **6** der Symptome (1) bis (10), darunter mindestens 2 der Symptome (1) bis (3)

**Schwer:** Insgesamt mindestens **8** der Symptome (1) bis (10), darunter alle 3 Symptome (1), (2) und (3)

Tab. 34: Klassifikation der Depression nach Depressionsinventar

	Häufigkeit (Frauen), N=56	Prozent
keine Depression	50	89,28
leichte Depression	2	0,36
mittelschwere Depression	3	0,54
schwere Depression	1	0,18

Nur bei sechs Frauen von 56 (1,07%) liegt überhaupt eine diagnostizierbare depressive Episode vor. Von den restlichen zehn Frauen der Onlinestichprobe lagen zum Depressionsinventar keine Werte vor.

#### 11.1.9.2. Posttraumatische Belastungsstörung

Der folgende Abschnitt enthält die deskriptive Darstellung der Klinikstichprobe, mit der sich Aussagen zum Trauererleben als posttraumatische Belastungsstörung ableiten lassen.

In der Tabelle 35 sind die Mittelwerte des Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogens (PDI) für die Gesamtstichprobe sowie getrennt für Männer und Frauen angegeben. Über dem im Manual kritischen Schwellenwert (=26) liegen zwei Frauen, bei denen eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegen könnte (18,2%, am Anteil der Frauen 33%). Die restlichen Personen sind unauffällig.

Tab. 35: Mittelwerte (Minima, Maxima, SD) des PDI für die Gesamtstichprobe sowie Frauen und Männer getrennt

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
PTSD Gesamtstichprobe	11	6,00	31,00	19,55	7,52
PTSD Frauen	6	6,00	31,00	19,33	9,91
PTSD Männer	5	14,00	25,00	19,80	4,32

Im Folgenden sind die Antworthäufigkeiten der Frauen der Klinikstichprobe zu den Items des Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogens (Tabelle 36) wiedergegeben, da nur dieser Stichprobe der Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen vorlag.

Tab. 36: Items des Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogens mit Antworthäufigkeiten

<b>Items</b>	<b>Häufigkeit (% an allen gültigen Antworten)</b>				
	stimmt nicht	stimmt ein wenig	stimmt etwas	stimmt weitgehend	stimmt vollständig
1. Ich fühlte mich hilflos.	0	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,7)
2. Ich empfand Traurigkeit und seelischen Schmerz.	0	0	0	0	6 (100)
3. Ich fühlte mich frustriert und ärgerlich nicht mehr tun zu können.	1 (16,7)	0	0	3 (50,0)	2 (33,3)
4. Ich fürchtete mich um meine Sicherheit.	5 (83,3)	0	1 (16,7)	0	0
5. Ich fühlte mich schuldig, dass nicht mehr getan wurde.	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	0
6. Ich schämte mich für meine Gefühlsreaktionen.	4 (66,7)	0	2 (33,3)	0	0
7. Ich war beunruhigt über die Sicherheit der anderen.	3 (50,0)	3 (50,0)	0	0	0
8. Ich war nahe daran, die Kontrolle über meine Gefühle zu verlieren.	3 (50,0)	1 (16,7)	0	0	2 (33,3)
9. Ich hatte Schwierigkeiten, meinen Darm und meine Blase zu beherrschen.	6 (100)	0	0	0	0
10. Ich war entsetzt über das Geschehene.	1 (16,7)	1 (16,7)	0	1 (16,7)	3 (50,0)

11. Ich hatte Körperreaktionen wie Schwitzen, Zittern und Herzklopfen.	4 (66,7)	0	0	2 (33,3)	0
12. Ich fühlte, ich würde ohnmächtig werden.	4 (66,7)	0	1 (16,7)	0	1 (16,7)
13. Ich dachte, ich müsste sterben.	3 (50,0)	0	2 (33,3)	1 (16,7)	0

Alle Mütter der Klinikstichprobe stimmten dem Item „Ich empfand Traurigkeit und seelischen Schmerz“ vollständig zu. Über 80% der Frauen fühlten sich weitgehend frustriert und ärgerlich, nicht mehr tun zu können, fürchteten sich aber nicht um ihre Sicherheit. Über das Geschehene entsetzt waren über 60% der Frauen. Die Hälfte der Frauen hatte nicht den Gedanken, sterben zu müssen, die andere Hälfte zumindest etwas.

Ähnlich antworteten die Väter der Klinikstichprobe.

### 11.1.9.3. Trauer

Im Folgenden sind die Antworthäufigkeiten der Frauen der Onlinestichprobe zu den Items der Münchner Trauerskala wiedergegeben und jeweils in der darunter liegenden Zeile zum Vergleich die Antworthäufigkeiten der Frauen der Klinikstichprobe (Tabelle 37).

Tab. 37: Items der Münchner Trauerskala mit Antworthäufigkeiten

Items	Häufigkeit (% an allen gültigen Antworten)				
	gar nicht	wenig	teils teils	ziemlich	völlig
1. Ich fühle mich wie betäubt	31 (54,4) 2 (33,3)	12 (21,1) 0	14 (24,6) 1 (16,7)	0 2 (33,3)	0 1 (16,7)
2. Manchmal kann ich gar nicht glauben, dass ich nicht mehr schwanger bin	37 (74,0) 1 (16,7)	5 (10,0) 2 (33,3)	3 (6,0) 1 (16,7)	4 (8,0) 1 (16,7)	1 (2,0) 1 (16,7)
3. Ich verspüre den Drang, mein verstorbenes Baby zu suchen	33 (56,9) 2 (33,3)	8 (13,8) 3 (50,0)	13 (22,4) 0	4 (6,9) 0	0 1 (16,7)
4. Ich habe das Bedürfnis, über das Baby zu sprechen	1 (1,7) 0	13 (22,4) 1 (16,7)	24 (41,4) 1 (16,7)	12 (20,7) 1 (16,7)	8 (13,8) 3 (50,0)
5. Ich trauere um das Baby	2 (3,4) 0	7 (11,9) 0	13 (22,0) 1 (16,7)	18 (30,5) 1 (16,7)	19 (32,2) 4 (66,7)
6. Es ist ungerecht, dass ich mein Baby verloren habe	8 (13,6) 1 (16,7)	7 (11,9) 0	8 (13,6) 0	11 (18,6) 0	25 (42,4) 5 (83,3)
7. Ich vermisse das Baby	2 (3,4)	8 (13,6)	12 (20,3)	9 (15,3)	28 (47,5)



	0	0	0	2 (33,3)	4 (66,7)
8. Ich rege mich auf, wenn ich an das Baby denke	32 (55,2) 4 (80,0)	11 (19,0) 1 (20,0)	9 (15,5) 0	4 (6,9) 0	2 (3,4) 0
9. Ich weine, wenn ich an es denke	12 (20,3) 0	13 (22,0) 0	23 (39,0) 4 (66,7)	8 (13,6) 1 (16,7)	3 (5,1) 1 (16,7)
10. Es tut mir weh, mich an den Verlust zu erinnern	4 (6,8) 1 (16,7)	6 (10,2) 0	24 (40,7) 3 (50,0)	14 (23,7) 1 (16,7)	11 (18,6) 1 (16,7)
11. Ich glaube, ich bin gut über den Verlust hinweggekommen	4 (6,9) 1 (16,7)	1 (1,7) 1 (16,7)	19 (32,8) 3 (50,0)	18 (31,0) 1 (16,7)	16 (27,6) 0
12. Es fällt mir schwer, mit bestimmten Menschen zurechtzukommen	13 (22,0) 2 (33,3)	13 (22,0) 0	18 (30,5) 2 (33,3)	9 (15,3) 1 (16,7)	6 (10,2) 1 (16,7)
13. Nach dem Tod des Babys habe ich einige Menschen enttäuscht	22 (37,9) 5 (83,3)	17 (29,3) 0	8 (13,8) 0	11 (19,0) 1 (16,7)	0 0
14. Ich habe mehr Ärger mit meinen Freunden und Bekannten, als ich sollte	40 (69,0) 4 (66,7)	11 (19,0) 0	3 (5,2) 2 (33,3)	2 (3,4) 0	2 (3,4) 0
15. Ich fühle mich schuldig, wenn ich an das Baby denke	32 (54,2) 3 (50,0)	13 (22,0) 2 (33,3)	10 (16,9) 1 (16,7)	3 (5,1) 0	1 (1,7) 0
16. Der beste Teil von mir starb mit dem Baby	35 (60,3) 4 (66,7)	11 (19,0) 0	9 (15,5) 1 (16,7)	2 (3,4) 0	1 (1,7) 1 (16,7)
17. Ich gebe mir selbst die Schuld an dem Tod	29 (49,2) 3 (50,0)	19 (32,2) 1 (16,7)	9 (15,3) 2 (33,3)	2 (3,4) 0	0 0
18. Ich fühle mich wertlos, seit es tot ist	40 (69,0) 2 (33,3)	12 (20,7) 2 (33,3)	6 (10,3) 1 (16,7)	0 0	0 1 (16,7)
19. Ich habe Alpträume vom Tod des Babys	44 (74,6) 4 (66,7)	6 (10,2) 1 (16,7)	5 (8,5) 0	1 (1,7) 1 (16,7)	3 (5,1) 0
20. Ich habe Angst, noch mal ein Baby zu verlieren	18 (32,7) 0	2 (3,6) 1 (16,7)	3 (5,5) 1 (16,7)	15 (27,3) 0	17 (30,9) 4 (66,7)
21. Ich habe Angst, kein Kind mehr bekommen zu können	34 (60,7) 2 (33,3)	3 (5,4) 0	4 (7,1) 0	9 (16,1) 0	6 (10,7) 4 (66,7)
22. Es schmerzt mich, Schwangere und Babys zu sehen	24 (42,1) 0	8 (14,0) 2 (33,3)	13 (22,8) 2 (33,3)	6 (10,5) 0	6 (10,5) 2 (33,3)
23. Mein Glaube gibt mir Halt	17 (29,8) 3 (50,0)	9 (15,8) 0	13 (22,8) 0	10 (17,5) 0	8 (14,0) 3 (50,0)
24. Ich spüre jetzt genauer, worauf es mir im Leben wirklich ankommt	1 (1,8) 1 (16,7)	4 (7,0) 0	10 (17,5) 1 (16,7)	27 (47,4) 3 (50,0)	15 (26,3) 1 (16,7)
25. Durch diese schmerzliche Erfahrung habe ich erkannt, dass es Menschen gibt, auf die ich wirklich zählen kann	3 (5,3) 0	1 (1,8) 0	10 (17,5) 1 (16,7)	14 (24,6) 2 (33,3)	29 (50,9) 3 (50,0)
26. Ich mache mir Sorgen dar-					

über, wie mein Partner mit dem Verlust zurechtkommt	12 (20,7) 1 (16,7)	17 (29,3) 1 (16,7)	16 (27,6) 2 (33,3)	9 (15,5) 0	4 (6,9) 2 (33,3)
27. Es scheint mir, dass ich mich jedes Jahr um dieselbe Zeit (Todestag, Geburtstag) aufrege <sup>1</sup>	13 (23,2)	10 (17,9)	12 (21,4)	15 (26,8)	6 (10,7)
Gesamtwert (mtges) <sup>2</sup>	M = 58,83	Md = 59	SD = 13,66	Max = 85	Min = 26

<sup>1</sup> keine Beantwortung der Klinikstichprobe möglich

<sup>2</sup> berechnet für die Frauen der Onlinestichprobe N=46

Auffällig ist die Zustimmung der Mütter der Onlinestichprobe zu folgenden Items:

Über 60 % trauern deutlich um das Baby, empfinden es ungerecht, das Baby verloren zu haben, vermissen das Baby. Über 50 % geben an, gut über den Verlust hinweggekommen zu sein. 30 % haben Angst, noch mal ein Baby zu verlieren, aber nur 10% haben Angst, keine Kinder mehr bekommen zu können und über 60% haben keine Angst, keine Kinder mehr bekommen zu können, was daran liegt, dass viele Frauen der Onlinestichprobe nach ihrer Kindsverlusterfahrung bereits weitere Kinder bekommen haben. Über 42% schmerzt es nicht, Schwangere und Babies zu sehen. Fast 30 % finden keinen Halt in ihrem Glauben. Über 70 % geben an, jetzt genauer zu spüren, worauf es Ihnen im Leben wirklich ankommt und haben erkannt, dass es Menschen gibt, auf die sie wirklich zählen können. Über ein Drittel erlebt Jahresreaktionen.

Bei den Müttern der Klinikstichprobe trauern über 80% deutlich um das Baby, alle vermissen es sehr. Über 66% haben Angst, noch mal ein Baby zu verlieren und gleich viele haben Angst, kein Kind mehr bekommen zu können. Über 60% geben an, jetzt genauer zu spüren, worauf es im Leben ankommt und über 80% stimmen zu, dass sie durch diese schmerzliche Erfahrung erkannt haben, dass es Menschen gibt, auf die sie wirklich zählen können.

Im Allgemeinen lässt sich auch zwischen den Vätern der Onlinestichprobe und den Vätern der Klinikstichprobe eine deutliche Abnahme des Trauererlebens ausmachen wie es durch den unterschiedlichen Messzeitpunkt im Trauerprozess zu erwarten war. Während 80% der Väter der Klinikstichprobe zu dem Item „Ich trauere um das Baby“ mit „völlig“ zustimmen, geben 66,7% der Väter der Onlinestichprobe ihre Zustimmung mit „teils teils“ an. Alle Väter der Klinikstichprobe vermissen das Baby,

80% empfinden es ungerecht, das Baby verloren zu haben. Die Väter der Onlinestichprobe geben an, gut über den Verlust hinweggekommen zu sein und jetzt genauer zu spüren, worauf es Ihnen im Leben wirklich ankommt.

Tabelle 38 zeigt die Mittelwerte der Klinikstichprobe auf den Skalen der MTS sowohl getrennt für Männer und Frauen als auch für beide gemeinsam. Weiterhin sind zum Vergleich die Mittelwerte der Onlinestichprobe angegeben. Allerdings ist die unterschiedliche Stichprobengröße bei der Interpretation zu berücksichtigen (Frauen der Klinikstichprobe:  $n=6$ , Frauen der Onlinestichprobe:  $n=57$ ). Die Ergebnisse haben daher nur explorativen Charakter. Im Mittelpunkt steht die Betrachtung der Frauen, da die Anzahl der Männer in beiden Stichproben nur sehr gering war (Klinikstichprobe:  $n=5$ , Onlinestichprobe:  $n=3$ ).

Tab. 38: Mittelwerte (SD) auf den Skalen der MTS für die Klinikstichprobe (links, Gesamt und nach Geschlecht getrennt) und die Onlinestichprobe (rechts, Gesamt und nach Geschlecht getrennt)

Skala	Klinikstichprobe						Onlinestichprobe					
	Gesamt ( $n=11^1$ )		Männer ( $n=5^2$ )		Frauen ( $n=6^3$ ):		Gesamt ( $n=60^6$ )		Männer ( $n=3^5$ )		Frauen ( $n=57^4$ )	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Trauer	21,70	1,34	22,2	1,30	21,20	1,30	18,70	4,87	14,67	4,73	18,91	4,83
Verlust	17,82	3,76	16,60	1,14	18,83	4,96	13,61	5,20	12,00	2,83	13,67	5,28
Schuld	8,36	4,20	7,00	2,12	9,50	5,32	8,07	3,14	5,33	0,58	8,21	3,16
Ärger	5,64	2,62	5,20	2,28	6,00	3,03	6,27	2,69	4,67	1,53	6,35	2,72
Sinn	11,38	2,39	13,00	2,82	10,83	2,22	10,59	2,52	8,00	2,83	10,69	2,49
Gesamt	65,57	10,50	61,50	3,54	67,20	12,28	58,31	13,71	46,50	12,02	58,83	13,66

<sup>1</sup>Skala Trauer:  $n=10$ ; Skala Sinn:  $n=8$ ; Gesamtwert:  $n=7$

<sup>2</sup>Skala Sinn und Gesamtwert:  $n=2$

<sup>3</sup>Skala Trauer und Gesamtwert:  $n=5$

<sup>4</sup>Skala Verlust, Skala Sinn:  $n=54$ ; Gesamtwert:  $n=46$

<sup>5</sup>Skal Verlust, Skala Sinn und Gesamtwert:  $n=2$

<sup>6</sup>Skala Verlust, Skala Sinn:  $n=56$ ; Gesamtwert:  $n=48$

Im Vergleich mit den Frauen der Onlinestichprobe erreichen die Frauen der Klinikstichprobe durchschnittlich höhere Werte auf allen Skalen mit Ausnahme der Skala Ärger. Entsprechend ist auch der Gesamtwert bei den Frauen der Klinikstichprobe höher. Diese Unterschiede zwischen den Stichproben (nur Frauen) wurden mit pa-

rametrischen und nonparametrische Verfahren auf Signifikanz getestet. Der T-Test zum Vergleich der Gesamtwerte zwischen den Stichproben ergibt keine Signifikanz ( $t(49)=-1,31$ ;  $p=.20$ ).

Die nonparametrische Testung (Man-Whitney-U-Test), die aufgrund der unterschiedlichen Stichprobengröße durchgeführt wurde, bestätigt dieses Ergebnis zum großen Teil. Es findet sich allerdings eine Signifikanz für die Skala Verlustangst ( $U=101$ ,  $W=1754$ ,  $Z=-1,077$ ;  $p<.05$ ; siehe Tabelle 39). Die Frauen der Klinikstichprobe erleben signifikant höhere Verlustangst als die Frauen der Onlinestichprobe ( $M=18,83$  vs.  $13,67$ ).

Tab. 39: Ergebnisse der nonparametrischen Testung auf Stichprobenunterschiede auf den einzelnen Skalen der MTS für die Frauen

	<b>Trauer</b>	<b>Verlust</b>	<b>Schuld</b>	<b>Ärger</b>	<b>Sinn</b>	<b>Gesamtwert</b>
Asympt. Sign. (2-seitig)	,282	<b>,029</b>	,915	,696	,960	,260
Exakte Sign. [2*(1-seitig Sig.)]	,299	<b>,026</b>	,918	,706	,971	,270

Da die Männer der Klinikstichprobe teilweise höhere Werte als die Frauen erzielten, ergab sich die Frage, ob dies in der Onlinestichprobe ähnlich war. Werden allerdings die Werte der Männer der Onlinestichprobe in Tabelle 38 betrachtet, zeigt sich, dass sie durchweg geringer ausfallen als die der Frauen. Von Interesse wäre, ob sich ein anderes Bild ergeben würde, wenn mehr Männer befragt worden wären (Anzahl der Männer nur  $n=2$  oder  $n=3$ ). Trotz der geringen Stichprobengröße wurden die Werte der Männer aus beiden Stichproben je Skala auf Unterschiede getestet (Mann-Whitney-U-Test). Es findet sich ein signifikanter Unterschied für die Skala Trauer ( $U=0$ ,  $W=6$ ,  $Z=-2,25$ ;  $p\leq.05$ ) und für die Skala Verlustangst ( $U=0$ ,  $W=3$ ,  $Z=-1,95$ ;  $p\leq.05$ ). Hier erreichen Männer der Onlinestichprobe signifikant niedrigere Werte als die Männer der Klinikstichprobe (Trauer:  $M=14,67$ ,  $SD=4,73$  vs.  $M=22,2$ ,  $SD=1,30$ ; Verlustangst:  $M=12,00$ ,  $SD=2,83$  vs.  $M=16,60$ ,  $SD=1,14$ ).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich im Hinblick auf die Partnerschaft die Klinikstichprobe der Gruppe ähnelt, die sich in Paartherapie begibt. Die Klinikstichprobe zeigt eine deutliche psychische Belastung (BSI). Über 70% zeigen de-

pressive Symptome (BDI). Zwei Männer und eine Frau fallen in die Kategorie leichte Depression und jeweils eine Frau in die Kategorien mittelschwere und schwere Depression. Bei 33% der Frauen liegen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vor. Nur bei sechs Frauen der Onlinestichprobe von 56 (1,07%) liegt überhaupt eine diagnostizierbare depressive Episode vor.

Im Allgemeinen lässt sich zwischen den Müttern und Vätern der Onlinestichprobe und den Müttern und Vätern der Klinikstichprobe eine deutliche Abnahme des Trauererlebens ausmachen wie es durch den unterschiedlichen Messzeitpunkt im Trauerprozess zu erwarten war. Im Vergleich mit den Frauen der Onlinestichprobe erreichen die Frauen der Klinikstichprobe durchschnittlich höhere Werte auf allen Skalen der Münchner Trauerskala mit Ausnahme der Skala Ärger. Entsprechend ist auch der Trauergesamtwert bei den Frauen der Klinikstichprobe höher. Im Vergleich mit den Frauen der Onlinestichprobe erleben die Frauen der Klinikstichprobe mehr Trauer, mehr Verlustangst, aber weniger Ärger. Bei den Männern findet sich ein signifikanter Unterschied für die Skala Trauer und für die Skala Verlustangst, die Männer der Onlinestichprobe erreichen signifikant niedrigere Werte als die Männer der Klinikstichprobe.

## **11.2. Welche Faktoren nehmen Einfluss auf Trauerleben und Depressivität?**

Zur Erfassung wurde u.a. folgende Frage untersucht:

### **11.2.1. Haben soziodemografische Daten, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsumstände, Belastung, Partnerschaft, soziale Unterstützung einen Einfluss auf Trauererleben und Depressivität?**

Um zu überprüfen, welche Faktoren Einfluss auf das Trauererleben und die Depressivität nehmen, wurden für die nominalskalierten Variablen t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. univariate Varianzanalysen und für die zwei Variablen, die zusätzlich in Intervallskalenniveau vorlagen („seit dem Verlust vergangene Monate“ und „Schwangerschaftswoche des Verlusts“), Korrelationen berechnet. Da aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung keine gerichteten Hypothesen vorlagen, wurde zweiseitig getestet. Die verschiedenen Antwortkategorien stellten die Ausprä-

gungen der unabhängigen Variablen dar, die Gesamtwerte auf der Münchener Trauerskala (Trauergesamtwert) bzw. dem Depressionsinventar (Depressionsgesamtwert) die abhängigen Variablen.

Zusätzlich zur Betrachtung der beiden Gesamtwerte wurden die 5 Skalenwerte der Münchener Trauerskala multivariat analysiert. Im Falle eines signifikanten multivariaten Ergebnisses wurden im Anschluss explorativ univariate Analysen für die einzelnen Skalen gerechnet, um für nachfolgende Untersuchungen zu überprüfen, auf welche Skala der multivariate Unterschied am ehesten zurückzuführen ist. Mit dem Bonferroni-Test wurde beim Vorliegen mehrerer Gruppen analysiert, zwischen welchen Gruppen sich der Unterschied zu ergeben scheint.

Die Voraussetzungen zur Durchführung der Analysen waren größtenteils erfüllt. Teilweise wurde eine Skala aus der multivariaten Berechnung ausgeschlossen, um die Voraussetzung der homogenen Kovarianzmatrizen erfüllen zu können. Weiterhin mussten bei einigen Variablen aufgrund einer zu geringen Anzahl von Personen in einigen Gruppen (Antwortkategorien) diese ausgeschlossen oder Kategorien bzw. Gruppen zusammengefasst werden. Auch dies ist in der Tabelle angegeben (grau hinterlegt).

Die Ergebnisse sind in Tabelle 40 dargestellt. Die Variablen „Schwangerschaftswoche“ und „Abstand zum Verlusttag“ sind mehrfach aufgelistet, da sie zum einen als Intervallskala behandelt und zum anderen als Nominaldaten in die Berechnungen eingingen. Für letztere Analysen wurden die Monats- bzw. Wochenangaben der Frauen entsprechend inhaltlicher Überlegungen Kategorien zugeordnet. Dabei wurden jeweils zwei verschiedenen Einteilungen gewählt (mehrere Kategorien vs. nur zwei Kategorien, vgl. Tabelle 40).

Tab. 40: Ergebnisse der Analysen

Variablen	MT- Skalen		MT-Gesamtwert		Depressions-gesamtwert	
	F (df) multivariat	p	F/T(df) bzw. r	p	F/T(df) bzw. r	p
<i>Konfession (kath., ev, ohne Konf.)</i>	1,08 (10/76)	.39	$F(2/41)=0,75$	.48	$F(2/50)=1,84$	.17
Religiosität (nein, ja)	1,99 (4/43)		$T(44)=-0,88$	.38	$T(54)=-1,31$	.20
<i>Schwangerschaftsverlauf (problemlos, leichte Probleme, problembelastet)</i>	0,52 (10/80)	.87	$F(2/43)=0,13$	.88	$F(2/53)=1,02$	.36
Schwangerschaftsverlauf (problem-	0,50 (5/40)	.78	$T(44)=-0,39$	.70	$T(54)=1,43$	.16

los, nicht problemlos)						
<b>Abstand Verlust-Erhebungstag</b> (unter 1 Jahr (1), 1-3 (2) Jahre, 3-10 Jahre (3), über 10 Jahre(4))	<b>2,61**</b> <b>(15/120)</b>	<b>0,0</b> <b>0</b>	<b>F(3/42)=3,06</b> <b>*</b>	<b>.04</b>	<b>F(3/552)=2,</b> <b>47</b>	<b>.07</b>
<b>Abstand Verlust-Erhebungstag</b> <b>(erstes Trauerjahr, nach dem ers-</b> <b>ten Jahr)</b>	<b>4,50**</b> <b>(5/40)</b> (Skalen Angst und Sinn, s.u.)	<b>.00</b>	<b>T(20,6)=2,71</b> <b>**</b> VH nicht erfüllt	<b>.01</b>	<b>T(54)=1,34</b>	<b>.19</b>
<b>Abstand in Monaten</b>	<b>Multipl</b> <b>r=.62**</b>  <b>T: r=-.27*</b> <b>A: r=-.51**</b> Sch: r=-.10 Ä: r=-.00 <b>Si: r=-.37**</b>	<b>.00</b>  <b>.04</b> <b>.00</b> .44 .98 <b>.01</b>	<b>r=-.34*</b>	<b>.02</b>	<b>r=-.12</b>	<b>.38</b>
<i>Schwangerschaftsmonat</i> (vor dem 6., im 6./7., im 8./9., im 10.Monat)	1,26 (15/117)	.24	F(3/41)=1,91	.14	F(3/51)=0,2 1	.89
Schwangerschaftswoche (bis 24, ab 25)	2,02 (5/40)	.10	<b>T(44)=-2,37*</b>	<b>.02</b>	<b>T(54)=-0,58</b>	<b>.57</b>
Schwangerschaftswoche	Multipl r=.43  Trauer: r=.10 Angst: r=.21 Schuld: r=.14 <b>Ärger:</b> <b>r=.39**</b> Sinn: r=-.13	.15  .46 .13 .31 .00 .34	r=.27	.08	r=.12	.39
Schwierigkeiten, schwanger zu wer- den (nein, ja)	2,23 (5/39)	.06	T=-0,67(43)	.51	T=- 0,59(53)	.56
Einstellung zur Schwangerschaft (Kind heiß ersehnt, Kind normal er- wünscht, Kind passte erst nicht oder gar nicht in Lebensplanung(4))	0,87 (10/74)	.56	F(2/40)=1,14	.33	F(2/49)=0,2 6	.77
Einstellung (Kind erwünscht, Kind unpassend(4))	0,92(5/37)	.48	T(41)=-1,16	.25	T(16,5)=1,2 3	.24
Hat Kind gelebt (ja, nein)	0,86 (4/42)	.52	T=1,02(44)	.31	T=1,38(52, 9)	.17
Weitere Kindsverluste (ja, nein)	0,40 (5/3)	.85	T=- 0,35(37,4)	.73	T=1,08(50)	.29
Partner bei Geburt anwesend (ja, nein)	1,54 (5/40)	.20	T=-0,12(44)	.90	T=1,12(19, 7)	.28
War es gut so (ja, nein)	1,64 (5/40)	.17	T=-0,17(44)	.10	T=1,01(8,9)	.34
<b>Fotos (nein, ja)</b>	<b>4,32**</b> <b>(5/40)</b>	<b>.00</b>	<b>T=-</b> <b>3,54**(44)</b>	<b>.00</b>	<b>T=0,26(15,</b> <b>9)</b>	<b>.80</b>
Erschwernisse für Anblick (nein, ja)	1,02 (5/38)	.42	T(42)=1,20	.24	T(8,8)=- 1,21	.26
Entscheidungsmöglichkeit (ja, nein)	1,50 (5/40)	.21	T(44)=-1,49	.14	T(54)=-0,53	.60
Wie oft gefragt (einmal, mehrmals)	1,36 (5/24)	.27	T(28)=-0,22	.83	T(35,3)=0,4 1	.68
In welcher Situation gefragt (vor, nach der Geburt, zu mehreren Zeitpunkten)	1,75 (10/42)	.10	F(2/24)=0,10	.91	F(2/31)=1,1 3	.34
Beratung (ja, nein)	1,03 (5/26)	.42	T(32)=-0,95		T(43)=-0,10	
Wie zur Entscheidung gekommen	0,38 (5/27)	.86	T(25)=-0,26	.80	T(35)=1,03	.31

(nahegelegt(4), eigener Wunsch)						
<b>Gefühl von Abschied (ja, nein)</b>	<b>2,65* (5/40)</b>	<b>.04</b>	T(44)=1,57	<b>.13</b>	<b>T(54)=2,40*</b>	<b>.02</b>
<b>Wunschgerecht beerdigt (ja, nein)</b>	1,98 (5/40); p = .10	.10	<b>T(44)=-2,02*</b>	<b>.05</b>	T(10,3)=1,30	.22
<b>Teilnahme Hilfsangebote (ja, nein)</b>	1,83 (5/40); p = .13	.13	<b>T(44)=-2,29*</b>	<b>.03</b>	T(54)=-0,9	.37
Selbsthilfegruppe (ja, nein)	1,14 (5/18)	.38	T(22)=-1,77	.09	T(28)=-0,20	.85
Beratungsgespräche (ja, nein)	0,57 (5/18)	.72	T(22)=-0,08	.94	T(27,7)=-0,54	.60
Durch andere unterstützt (ja, nein(3/4))	Nicht berechenbar		Keine sinnvolle Berechnung (T(44)=0,64)	(.53)	Keine sinnvolle Berechnung (T(54)=1,91)	(.06)
Trauer ansprechen möglich (ja, nein)	0,26 (5/37)	0,93	T(41)=0,87	.39	T(51)=-0,84	.40
<i>Unangenehmes Ansprechen (nein, ja, wurde ich nicht)</i>	<i>Nicht sinnvoll (F(78/10)=1,10)</i>	<i>(.38)</i>	<i>F(2/42)=0,73</i>	<i>.49</i>	<i>F(2/52)=0,14</i>	<i>.87</i>
Fehl-/Totgeburt (ja, nein)	0,34 (5/40)	.89	T(44)=-0,49	.62	T(54)=0,88	.38
Schwangerschaftsabbruch (ja, nein)	1,58 (5/38)	.19	T(42)=1,20	.24	T(52)=-0,93	.36
<b>Weitere Kinder (ja, nein)</b>	<b>3,10* (5/40)</b>	<b>.02</b>	T(44)=1,79	.08	<b>T(54)=2,06*</b>	<b>.05</b>
Kinder vor Verlust (eins, zwei(3/5) und mehr)	0,56 (5/12)	.73	T(16)=-0,08	.94	T(23)=0,77	.45
Kinder nach Verlust (eins, zwei und mehr)	1,23 (5/20)	.33	T(24)=-1,93	.07	T(30)=0,07	.94
<b>Psychotherapie (ja, nein)</b>	<b>3,35* (5/40)</b>	<b>.01</b>	<b>T(18)=-2,42*</b>	<b>.03</b>	T(21)=-1,14	.27
<b>Medikamente (ja(7), nein)</b>	1,17 (5/39)	.34	T(43)=-0,34	.74	<b>T(52)=-3,82**</b>	<b>.00</b>
Mehr Alkohol (ja(3/4), nein)	Nicht sinnvoll (F(5/27)=1,03)	(.42)	Keine sinnvolle Berechnung (T(31)=-6,33)	(.00)	Keine sinnvolle Berechnung (T(36)=-2,136)	(.04)
Bestehen der Partnerschaft (ja, nein)	1,05 (5/40)	.40	T(44)=-0,74	.46	T(54)=-0,17	.87
Wie glücklich Partnerschaft (unglücklich(3/4), ausgeglichen, glücklich, sehr glücklich)	1,07 (15/96)	.40	F(2/32)=0,09	.95	F(2/39)=0,50	.50
Wie glücklich Partnerschaft (glücklich, sehr glücklich)	0,96(5/23)	.46	T(27)=-0,19	.85	T(32)=-1,00	.32
Veränderung Partnerschaft (nein, ja besser)	1,05 (5/29)	.41	T(33)=-0,05	.96	T(41)=-1,58	.12

F= F-Wert der Varianzanalyse

T= T-Wert des T-Tests für unabhängige Stichproben

r= Produkt-Moment-Korrelation (Pearson)

VH=Varianzenhomogenität

KM=Kovarianzmatrizen

Grau=sehr wenig Vpn in einer Gruppe (nur 3-4)

Schräg:F-Test (Varianzanalyse, mehrere Gruppen)



Die Ergebnisse bezüglich des Gesamtwertes der Trauerskala stimmen im Wesentlichen mit denen für die 5 Skalenwerte überein. Beide Analysen ergeben signifikante Unterschiede für die Variablen „Zeitabstand zum Verlusttag“ (erstes Trauerjahr vs. nach dem ersten Trauerjahr, Gesamtwert:  $t(21)=2,71$ ;  $p<.05$ , Skalen:  $F(5/40)=4,50$ ;  $p<.001$ ), „Fotos“ (Gesamtwert:  $t(44)=-3,54$ ;  $p<.001$ , Skalen:  $F(5/40)=4,32$ ;  $p<.001$ ) und „psychotherapeutische Behandlung“ (Gesamtwert:  $t(18)=-2,24$ ;  $p<.05$ , Skalen:  $F(5/40)=3,35$ ;  $p<.05$ ).

Während der multivariate Vergleich für die 5 Skalen zusätzlich signifikante Ergebnisse bezüglich der Variablen „Gefühl von Abschied“ ( $F(5/40)=2,65$ ;  $p<.05$ ) und „weitere Kinder“ anzeigt ( $F(5/40)=3,10$ ;  $p<.05$ ), bestehen Unterschiede in den Variablen „Schwangerschaftswoche“ (bei Bildung von zwei Kategorien, Gesamtwert:  $t(44)=-2,37$ ;  $p<.05$ ), „wunschgerecht beerdigt“ ( $t(44)=-2,02$ ;  $p<.05$ ) und „Teilnahme an Hilfsangeboten“ ( $t(44)=-2,23$ ;  $p<.05$ ) nur für den Trauergesamtwert, nicht aber für die Skalen.

Höhere Gesamtwerte haben, d.h. stärkere Trauer spüren die Frauen, die sich noch im ersten Trauerjahr befinden (vs. nach dem ersten Trauerjahr), die Fotos von ihrem Baby haben (vs. keine Fotos), die eine psychotherapeutische Behandlung aufgesucht haben (vs. keine Behandlung), die ihr Kind ab der 25. Schwangerschaftswoche verloren haben (vs. bis zur 24. Schwangerschaftswoche), die ihr Kind wunschgerecht beerdigt haben (vs. nicht wunschgerecht beerdigt), die an Hilfsangeboten teilgenommen haben (vs. keine Teilnahme), siehe Tabelle 41.

Tab. 41: Mittelwerte und Streuung des Trauergesamtwerts für die Variablen mit signifikanten Unterschieden

Variable		N	M	SD
<b>Psychotherapie</b>	nein	22	54,23	13,36
	ja	24	63,04	12,78
<b>Hilfsangebote</b>	nein	6	54,33	12,50
	ja	14	67,36	10,39
<b>Wunschgerecht beerdigt</b>	nein	8	50,25	16,30
	ja	38	60,63	12,55
<b>Fotos</b>	nein	14	49,21	14,13
	ja, Fotos in Akte	32	63,03	11,28
<b>Trauerjahr</b>	erstes	8	66,50	7,19
	Nach dem ersten	38	57,21	14,21

Bei den Variablen, bei denen auch die multivariate Analyse der Skalenwerte ein signifikantes Ergebnis liefert (Trauerjahr, Psychotherapie, Fotos, vgl. Tabelle 40), geben die explorativen univariaten Analysen Hinweise, auf welche Skalen diese Unterschiede hauptsächlich zurückzuführen sind.

Für den Unterschied in der Variable „Fotos“ sind die Skalen Trauer und Verlustangst ausschlaggebend (Tabelle 42). Frauen, die Fotos haben, leiden unter größerer Trauer und höherer Verlustangst, als die, die keine haben. Die Signifikanz bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung ist zurückzuführen auf die Skala Ärger (Tabelle 43) Frauen in Behandlung spüren demnach mehr Ärger als die ohne Behandlung ( $M=7,61$ ,  $SD=2,9$  vs.  $M=5,23$ ,  $SD=2,07$ ). Außerdem erreichen Frauen, die sich noch im ersten Trauerjahr befinden, höhere Werte auf den Skalen Angst und Sinn als die, bei denen der Verlust bereits länger her ist (Tabelle 44).

Tab. 42: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen für die Variable „Fotos“

Abhängige Variable	df	F	Signifikanz
<b>MT Skala Trauer</b>	1	5,54	<b>,023</b>
<b>MT Skala Verlust- angst</b>	1	21,33	<b>,000</b>
MT Skala Ärger	1	2,25	,141
MT Skala Sinn	1	3,09	,086
MT Skala Schuld	1	1,15	,290

Tab. 43: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen für die Variable „Psychotherapie“

Abhängige Variable	df	F	Signifikanz
MT Skala Trauer	1	,17	,683
<b>MT Skala Ärger</b>	1	10,36	<b>,002</b>
MT Skala Sinn	1	1,73	,196
MT Skala Schuld	1	1,23	,274
MT Skala Verlustangst	1	,66	,422

Tab. 44: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen der einzelnen Skalen für die Variable „Trauerjahr“

Abhängige Variable	df	F	Signifikanz
MT Skala Trauer	1	,87	,356
<b>MT Skala Verlustangst</b>	1	<b>7,95</b>	<b>,007</b>
MT Skala Schuld	1	1,15	,289
MT Skala Ärger	1	1,17	,285
<b>MT Skala Sinn</b>	1	<b>6,20</b>	<b>,017</b>

Tab. 45: Mittelwerte und Streuung auf den Skalen Trauer und Verlustangst für die Variable „Fotos“

	<b>Wurden von dem Kind Fotos gemacht?</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
<b>MT Skala Trauer</b>	nein	<b>16,64</b>	6,01	14
	ja	<b>20,22</b>	4,09	32
	Gesamt	19,13	4,97	46
<b>MT Skala Verlust- angst</b>	nein	<b>9,57</b>	3,96	14
	ja	<b>16,03</b>	4,53	32
	Gesamt	14,07	5,26	46

Tab. 46: Mittelwerte und Streuung auf den einzelnen Skalen für die Gruppen der Variablen „Trauerjahr“

	<b>Abstand zum Verlusttag</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
<b>MT Skala Verlust- angst</b>	erstes Trauerjahr	<b>18,50</b>	3,42	8
	nach dem ersten Trauer- jahr	<b>13,13</b>	5,13	38
	Gesamt	14,07	5,26	46
<b>MT Skala Sinn</b>	erstes Trauerjahr	<b>12,63</b>	1,77	8
	nach dem ersten Trauer- jahr	<b>10,34</b>	2,45	38
	Gesamt	10,74	2,49	46

Für die Variablen „Gefühl von Abschied“ und „weitere Kinder“ ergibt wie oben erwähnt nur die multivariate Analyse der Skalenwerte, nicht aber die Analyse des Trauergesamtwerts ein signifikantes Ergebnis. Gruppenunterschiede scheinen sich bezüglich der Variablen „Gefühl von Abschied“ auf den Skalen Trauer und Schuld bemerkbar zu machen (Tabelle 47), indem die Frauen, die nicht das Gefühl empfinden, sich verabschiedet zu haben, höhere Werte erreichen als die, die ein solches Gefühl wahrnehmen. Weitere Kinder führen hingegen zu niedrigeren Werten auf der Skala Verlustangst (Tabelle 48) als keine weiteren Kinder ( $M=12,74$ ,  $SD=5,02$  vs.  $M=18,27$ ,  $SD=3,64$ ). Diese Effekte verschwinden durch die Zusammenfassung der einzelnen Skalen zu einem Trauergesamtwert, scheinen also besonders skalenspezifisch zu sein.

Tab. 47: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen für die Variable „Gefühl Abschied“

abhängige Variable	df	F	p
<b>MT Skala Trauer</b>	1	3,97	<b>,053</b>
MT Skala Verlustangst	1	,25	,617
MT Skala Ärger	1	,61	,439
MT Skala Sinn	1	1,29	,262
<b>MT Skala Schuld</b>	1	10,49	<b>,002</b>

Tab. 48: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen für die Variable „weitere Kinder“

abhängige Variable	df	F	p
MT Skala Trauer	1	,35	,558
MT Skala Ärger	1	,18	,671
MT Skala Sinn	1	,66	,421
MT Skala Schuld	1	,26	,614
<b>MT Skala Verlustangst</b>	1	11,39	<b>,002</b>

Tab. 49: Mittelwerte und Streuung auf den Skalen Trauer und Schuld für die Variable „Gefühl Abschied“

		M	SD	N
<b>MT Skala Trauer</b>	nein	<b>21,38</b>	4,79	13
	ja	<b>18,24</b>	4,83	33
	Gesamt	19,13	4,97	46
<b>MT Skala Schuld</b>	nein	<b>10,69</b>	4,31	13
	ja	<b>7,61</b>	2,16	33
	Gesamt	8,48	3,20	46

Im Hinblick auf den zeitlichen Abstand zum Verlusttag wurden neben dem Vergleich der Frauen, die sich im ersten Trauerjahr befanden, und denen, die es schon hinter sich hatten, zwei weitere Rechnungen durchgeführt. Erstens wurden mehrere Kategorien gebildet (Variable „Zeitabstand zum Verlust in Kategorien“: unter 1 Jahr, 1 bis 3 Jahre, 3 bis 10 Jahre, über 10 Jahre). Zweitens wurden Korrelationen berechnet (Variable: „Monate seit Verlust“).

Bezüglich der Kategorien zeigt sich für den Trauergesamtwert ein Unterschied zwischen den Frauen, bei denen seit dem Verlust weniger als 1 Jahr vergangen ist, und denen, bei denen der Verlust über 10 Jahre zurück liegt ( $F(3/42)=3,06$ ;  $p<.05$ ; Bonferroni: .08). Erstere Frauen haben wesentlich höhere Trauerwerte (Tabelle 50). Die multivariate Analyse der fünf Skalen weist darauf hin, dass der Unterschied ( $F(15/120)=2,61$ ;  $p<.001$ ) vor allem auf die Skala Verlustangst zurückgeht (Tabelle 51). Die erzielten Werte auf der Skala sind umso niedriger, je länger der Verlust her ist (siehe auch spätere Korrelationsrechnung). Post-hoc-Tests ergeben, dass sich besonders die Gruppe, bei denen der Verlust weniger als ein Jahr zurückliegt, und die Gruppe, bei denen der Verlust ein bis drei Jahre zurückliegt, von der unterscheiden, bei der der Verlust vor über 10 Jahren stattgefunden hat (Bonferroni:  $p=.00$ ,  $p=.02$ ).

Tab. 50: Mittelwerte und Streuung des MTS-Gesamtwertes für die einzelnen Kategorien der Variablen „Zeitabstand zum Verlust in Kategorien“

Kategorie	n	M (MT Gesamt)	SD
<b>0,5 bis 11,5</b>	7	<b>66,57</b>	7,76
12 bis 36	13	63,46	12,16
36,5 bis 120	16	57,13	13,34
<b>120,5 bis 380,5</b>	10	<b>50,10</b>	15,23
Gesamt	46	58,83	13,66

Tab. 51: Ergebnisse der explorativen univariaten Analysen der Skalenwerte für die Variable „Zeitabstand zum Verlust in Kategorien“

Abhängige Variable	df	F	p
MT Skala Trauer	3	2,68	,059
<b>MT Skala Verlustangst</b>	3	6,54	<b>,001</b>
MT Skala Schuld	3	1,27	,298
MT Skala Ärger	3	,68	,570
MT Skala Sinn	3	2,66	,060

Tab. 52: Mittelwerte und Streuung für die Kategorien der Variablen „Zeitabstand zum Verlust in Kategorien“ auf der Skala Verlustangst

Abstand zw. Verlusttag-Erhebungstag in Monaten	M (Verlustangst)	SD	N
0,5 bis 11,5 (unter 1 Jahr)	<b>18,86</b>	3,53	7
12 bis 36 (über 1 bis 3 Jahre)	<b>15,23</b>	3,44	13
36,5 bis 120 (über 3 bis 10 Jahre)	13,94	5,93	16
120,5 bis 380,5 (über 10 Jahre)	<b>9,40</b>	3,41	10
Gesamt	14,07	5,26	46

Die Korrelationsrechnungen zwischen dem Trauergesamtwert bzw. den Skalenwerten und den seit dem Verlust vergangenen Monaten sind in Tabelle 53 dargestellt. Sie bestätigen, dass die Trauer mit zunehmendem Zeitabstand signifikant abnimmt. Je größer die Zeit ist, die seit dem Verlust vergangen ist, desto geringer wird die Trauer. Korrelationen mit den einzelnen Skalen zeigen, dass vor allem die Skalen Trauer, Angst und Sinn negativ mit der vergangenen Zeit in Zusammenhang stehen. Auch die Signifikanz der multiplen Korrelation zwischen den Skalenwerten und den vergangenen Monaten ( $r=0,62$ ;  $r^2_{\text{korr}}=0,30$ ) hebt den bedeutsamen Zusammenhang hervor ( $F(5/40)=4,92$ ;  $p<.001$ ).

Tab. 53: Korrelationen zwischen „Abstand von Verlustzeitpunkt“ und dem Trauergesamtwert bzw. den einzelnen Skalenwerten

Wert	Abstand in Monaten
MT Gesamtwert	Korrelation nach Pearson
	Signifikanz (2-seitig)
	N
Skala Trauer	Korrelation nach Pearson
	Signifikanz (2-seitig)
	N
Skala Verlustangst	Korrelation nach Pearson
	Signifikanz (2-seitig)
	N
Skala Schuld	Korrelation nach Pearson
	Signifikanz (2-seitig)

	N	57
Skala Ärger	Korrelation nach Pearson	-,004
	Signifikanz (2-seitig)	,975
	N	57
Skala Sinn	Korrelation nach Pearson	<b>-,374**</b>
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,005</b>
	N	54

Als letzte Variable wird die Schwangerschaftswoche betrachtet, in der das Kind verloren wurde. Auch hier wurden drei Rechnungen durchgeführt. Es wurden Kategorien gebildet (vor dem 6. Monat, im 6./7. Monat, im 8./9. Monat, im 10. Monat, siehe Tabelle 40) und Varianzanalysen durchgeführt. Außerdem wurden Korrelationen mit der Wochenangabe der Frauen berechnet (Tabelle 40), und zum Schluss wurden die Trauerwerte der Frauen, die ihr Kind bis zur 25. Woche verloren hatten, mit denen verglichen, die es erst danach verloren hatten. Die Einteilung wurde gewählt, da an diesem Zeitpunkt die Grenze zur Lebensfähigkeit des Kindes liegt. Erst diese letzte Kategorisierung ergab signifikante Unterschiede, allerdings nur für den Gesamtwert ( $t(44)=-2,37$ ;  $p<.05$ ). Frauen, die ihr Kind später verloren hatten, erreichten signifikant höhere Werte als die, die es vor der 25. Woche verloren hatten ( $M=62,46$ ;  $SD=12,20$  vs.  $M=53,17$ ;  $SD=14,21$ ).

Die multiple Korrelation war nicht signifikant. Es zeigte sich eine signifikante Korrelation nur bezüglich der Skala Ärger. Je später die Frauen ihr Kind in der fortgeschrittenen Schwangerschaft verloren haben, umso größer war der Ärger.

Bezüglich des Depressionswertes finden sich signifikante Unterschiede für die Variablen „Gefühl, sich verabschiedet zu haben“ ( $t(54)=2,40$ ;  $p<.05$ ), „weitere Kinder“ ( $t(54)=2,06$ ;  $p<.05$ ) und „Medikamente“ ( $t(52)=-3,82$ ;  $p<.001$ ). Frauen, die Medikamente im Zusammenhang mit dem Kindsverlust zu sich nehmen, erreichen höhere Werte als die, die dies nicht tun (Tabelle 54). Ebenso berichten die Frauen, die keine weiteren Kinder haben und die, die das Gefühl empfinden, sich nicht verabschiedet zu haben, von höherer Depressivität als die, die diese Fragen bejahen.



Tab. 54: Mittelwerte und Streuung für Depressivität für die Variable mit signifikanten Unterschieden

		<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Medikamente	nein	50	4,60	3,69
	ja	7	10,71	4,64
Weitere Kinder	nein	12	7,67	4,29
	ja	47	4,70	4,11
Gefühl von Abschied	nein	12	8,00	4,79
	ja	47	4,62	3,90

### 11.2.2. Hilfen und Hindernisse im Trauerprozess

Im Folgenden sind die freien Antworten der Mütter der Klinikstichprobe und der Mütter der Onlinestichprobe wiedergegeben.

#### 11.2.2.1. Was war im Trauerprozess hilfreich?

Im Folgenden sind die freien Antworten der Mütter der Klinikstichprobe wiedergegeben.

- „Die Hebamme.“
- „Im KH ist einfühlsam auf unsere Bedürfnisse eingegangen worden; meine Pferde; später: die neue berufliche Aufgabe.“
- „Das Kind jederzeit sehen zu können, die Krankenhaus-Seelsorge, Informationsmaterial.“
- „Der Respekt und feinfühliges Umgang im Kreißsaal, ein gutes vorbereitetes Team, die Seelsorgerin.“

Tabelle 55 lassen sich die Antworthäufigkeiten der Mütter der Onlinestichprobe entnehmen.

Tab. 55: Antworthäufigkeiten der Mütter der Onlinestichprobe zu Hilfen im Trauerprozess, N=66

Antworten	Häufigkeiten	Prozent
	N	%
Partner	17	25,76
Gespräche mit Freunden	19	28,79
Gespräche mit Angehörigen	8	12,12
Anteilnahme	10	15,15
Gespräche mit Professionellen <sup>1</sup>	17	25,76
Austausch mit anderen Betroffenen	16	24,24
Literatur <sup>2</sup>	6	9,09
Weitere Kinder <sup>3</sup>	12	18,18
Grabstelle / Beerdigung	10	15,15
Zeit und Raum für Trauer <sup>4</sup>	11	16,67
Glaube	2	3,03

<sup>1</sup> Gespräche mit Professionellen (Hebammen, Ärzte, Seelsorger, Therapeuten)

<sup>2</sup> Literatur: „Hannah Lothrop: Gute Hoffnung, jähes Ende“

<sup>3</sup> einschließl. Zwillingsskind, das überlebte (1)

<sup>4</sup> Zeit und Raum für Trauer (Tagebuch, Kontakte selber bestimmen, Musik, Fotos)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Unterstützung durch den Partner und durch Freunde und den professionellen Gesprächsangeboten durch Hebammen, Ärzte und Frauenärzte, Psychotherapeuten und Seelsorgern sowie dem Austausch mit Betroffenen auch durch Literatur eine große Bedeutung bei der hilfreichen Begleitung des Trauerprozesses zukommt. Ebenfalls wichtig ist Zeit und Raum für die Trauer, was die Beerdigung und die Grabstelle mit umfasst. Zu erwarten war, dass weitere Kinder, also auch nachfolgende Schwangerschaften, die zur Geburt eines lebenden Kindes führen, den Trauerprozess deutlich verändern.

Im Folgenden sind die freien Antworten der Väter der Onlinestichprobe wiedergegeben.

- „Gespräche mit anderen betroffenen Eltern, Freunden, Kollegen.“
- „Gespräche mit der Familie, Ehefrau, Freunden. Gedanken über Abschied und Beerdigung, Besuche am Grab.“
- „Nichts, keine Zeit für Hilfsangebote gehabt.“

Im Folgenden sind die freien Antworten der Väter der Klinikstichprobe wiedergegeben.

- „Hilfreich war, dass man sich im Krankenhaus gut aufgehoben fühlen konnte, unbedrängt.“

- „Gespräche mit der Hebamme, Info-Material.“
- „Wir hatten die ganze Zeit dieselbe Hebamme, sie ist extra dageblieben und hat sich gekümmert.“

#### 11.2.2.2. Wodurch wurde der Trauerprozess erschwert?

Im Folgenden sind die freien Antworten der Mütter der Klinikstichprobe wiedergegeben.

- „Ich hätte mir mehr Infos zur Todesursache gewünscht gerade wegen meiner häufigen Kindsverluste; mein Arbeitsplatz im Kindergarten.“
- „Auf Station war es unkoordiniert mit vielen Störungen und schlechter Kommunikation.“
- „Die unfähige Ärztin, die nicht mit uns Eltern gesprochen hat, es gab kein Aufklärungsgespräch.“
- „Das Verhalten vom Arzt: „Tja, das Herz schlägt nicht mehr“.“
- „Ich hatte Stress durch meine familiäre Situation, den Tod des Mannes 2 Monate vor der Geburt unseres Kindes.“

Tabelle 56 lassen sich die Antworthäufigkeiten der Mütter der Onlinestichprobe entnehmen.

Tab. 56: Antworthäufigkeiten der Mütter der Onlinestichprobe zu Hindernissen im Trauerprozess, N=66

Antworten	Häufigkeiten	Prozent
	N	%
Schwangerschaft und Babys anderer	6	9,09
Verhalten der Umgebung <sup>1</sup>	45	68,18
Abschied verhindert <sup>2</sup>	9	13,64
Schwierigkeiten in der Partnerschaft <sup>3</sup>	6	9,09
Kein Raum für Trauer <sup>4</sup>	5	7,58

<sup>1</sup> Verhalten der Umgebung (Schweigen anderer (10), Kontaktvermeidung (8), Kommentare (23), un-menschl. Umgang bei Geburt (1))

<sup>2</sup> Abschied verhindert (med. Ruhigstellung, fehlende Infos, keine Gelegenheit, Kontakt zu Kind behindert (Kind nicht gesehen, kein Foto, zu kurz gesehen, nicht gehalten)

<sup>3</sup> Schwierigkeiten in der Partnerschaft (Trennung, Kommunikationsstörungen)

<sup>4</sup> Kein Raum für Trauer (Stress, Krankheit Partner, Umzug)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Anblick von anderen Schwangeren oder Kindern, möglicherweise in der gleichen Schwangerschaftswoche bzw. im gleichen Alter, häufig als Verlustschmerz wahrgenommen wird. Gleichzeitig wird der Schmerz über diesen Verlust den Betroffenen von der Umgebung nicht zugestanden, was sich durch Kommentare äußert wie: besser tot, als behindert, ihr seid doch noch jung, ihr könnt doch noch Kinder bekommen, ihr habt doch schon Kinder, schau nach vorne... . Wie bereits schon im Abschnitt über das methodische Vorgehen dieser Studie zu den Schwierigkeiten bei der Rekrutierung betroffener Eltern dargestellt, zeigt sich die große Unsicherheit der Umwelt im Umgang mit den Betroffenen in Kontaktvermeidung oder Totschweigen. Dies mag auch in dem Punkt „Abschied verhindert“ zum Tragen kommen bzw. findet sich in den freien Aussagen der Klinikstichprobe wieder.

Im Folgenden sind die freien Antworten der Väter der Onlinestichprobe wiedergegeben.

- „Die Akzeptanz in der Umgebung hat gedauert.“
- „Die Angst um Partnerin und deren Abschottung vor dem Leben.“
- „Die berufliche Situation.“
- „Hilflosigkeit und Sprachlosigkeit des weiteren Umfeldes.“
- „Der Trauerprozess wurde nicht erschwert.“
- 

Im Folgenden ist eine freie Antwort eines Vaters der Klinikstichprobe wiedergegeben.

- „Das Verhalten vom Arzt: Tja, das Herz schlägt nicht mehr.“

### **11.3. Auswirkungen des Ansehens des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität**

In den folgenden Tabellen sind die Häufigkeiten der Antworten von den 66 Müttern der Onlinestichprobe und den sechs Müttern der Klinikstichprobe dargestellt. Unter Variablen werden die verschiedenen Fragen zu den jeweiligen Themenpunkten aufgeführt. Unter Antworten sind die vorgegebenen Antwortoptionen gefasst. N bezeichnet die Anzahl der Fälle. Außerdem ist angegeben, wie viel Prozent die jeweilige Anzahl an der zugrunde liegenden Gesamtheit ausmacht. Im Anschluss an die Tabellen werden kurz Besonderheiten dieser Ergebnisse erwähnt, die jedoch erst in

ihrer Bedeutung im Diskussionsteil interpretiert werden. Die Kreuztabellen und Berechnungen sind nur auf die Onlinestichprobe bezogen.

Die Ergebnisse für die Väter der Onlinestichprobe und der Klinikstichprobe sind im Anhang dargestellt, da nur drei bzw. fünf teilgenommen haben. Interessante Ergebnisse dieser Stichprobe finden in der am Ende der einzelnen Abschnitte Erwähnung.

Tab. 57: Häufigkeiten der Antworten zum Ansehen des Kindes

Variablen zu	Antworten		Online- stichprobe		Klinik- stichprobe	
Ansehen des Kindes			N	%	N	%
Ansehen (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	Kind gesehen		51	77,3	6	100
		War gut so	50	98,0	6	100
		War nicht gut so	1	2,0	0	0
	Kind nicht gesehen		15	22,7	0	0
		War gut so	4	26,7		
		War nicht gut so	11	73,3		
Ansehen hat geholfen (N <sub>O</sub> = 51) (N <sub>K</sub> = 6)	ja		50	98,0	6	100
	nein		1	2,0	0	0
Fotos (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	ja, ausgehändigt		43	65,2	6	100
		ja, in Akte	5	7,6		
		nein	18	27,3		
Erschwernisse bei Anblick (N <sub>O</sub> = 63) (N <sub>K</sub> = 6)	ja		12	19,0	2	33,3
	nein		51	81,0	4	66,7

Alle Mütter der Klinikstichprobe haben ihr Kind gesehen, keine Mutter hat ihr Kind nicht gesehen, alle sagen, dass es gut so war, alle bejahen die Aussage, dass es geholfen hat, das Kind zu sehen.

Von den 66 Müttern der Onlinestichprobe haben 51 ihr Kind angesehen. Von diesen sagen 50, also 98%, dass es gut so war. Auf die direkt gestellte Frage, ob es geholfen hat, das Kind zu sehen, antworten 98% mit ja. Bei der einen Antwort, dass es nicht geholfen hat, das Kind zu sehen, war die Aussage der Mutter: „Ich habe mein Kind allein in einen Schieber geboren, danach wurde es hektisch von der Hebamme

herausgetragen. Heute würde ich von meinem Kind Abschied nehmen und für eine Bestattung kämpfen, ich war alleingelassen.“ (1985)

Von den 15 Müttern, die ihr Kind nicht gesehen haben, sagen 73,3%, dass das nicht gut war.

Angemerkt sei hier, dass bei den 12 Fällen, bei denen Erschwernisse für den Anblick des Kindes vorlagen, die Meinung genau zur Hälfte auseinandergeht, ob es gut so war, das Kind gesehen zu haben.

Alle Väter beider Stichproben haben ihr Kind gesehen und antworteten, dass es gut so war, fast alle bejahen die Aussage, dass es geholfen hat, das Kind zu sehen, mit Ausnahme eines Vaters der Onlinestichprobe, der antwortete: „es ist mir eigentlich egal gewesen, auch ohne Ansehen hätte ich den Verlust verarbeitet“.

Tab. 58: Häufigkeiten der Antworten zum Ansehen des Kindes, wenn das Kind gesehen wurde:

Variablen, wenn das Kind gesehen wurde:	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Wie oft Kind gesehen? (N <sub>O</sub> = 48) (N <sub>K</sub> = 6)	Einmal	16	33,3	2	33,3
	Zweimal	15	31,3	1	16,7
	Mehr als zweimal	17	35,4	3	50,0
Wie lange Kind gesehen? (N <sub>O</sub> = 46) (N <sub>K</sub> = 6)	Weniger als 1Std.	16	34,8	2	33,3
	Mehr als 1 Std.	30	65,2	4	66,7
In welchem Zustand? (N <sub>O</sub> = 51) (N <sub>K</sub> = 6)	Noch lebend gesehen	16	31,4	0	0
	Nur noch tot gesehen	35	68,6	6	100
Gefühle beim Anblick* (Mehrfachauswahl) (N <sub>O</sub> = 51) (N <sub>K</sub> = 6)	Erschrocken	3	5,9	-	-
	Wütend	5	9,8	3	50,0
	Ängstlich	9	17,6	2	33,3
	Voller Scham	0	0	-	-
	Traurig	41	80,4	5	83,3
	Stumpf, gefühllos	4	7,8	-	-
	Überfordert	8	15,7	1	16,7
	Geekelt	1	2,0	-	-
	Verzweifelt	23	45,1	2	33,3
	Glücklich	23	45,1	2	33,3

\* Die Mütter der Klinikstichprobe hatten nicht die gleichen Antwortoptionen wie die Mütter der Onlinestichprobe

16 Mütter der Onlinestichprobe haben ihr Kind noch lebend gesehen, aber bei 22 hat das Kind nach der Geburt gelebt, das bedeutet, dass nicht alle Mütter ihr Kind noch lebend gesehen haben bzw. überhaupt gesehen haben. Alle Kinder der Mütter der Klinikstichprobe waren bereits vor der Geburt verstorben.

Interessant ist sicherlich, dass 45,1% der Mütter der Onlinestichprobe und 33,3% der Mütter der Klinikstichprobe beim Anblick ihres Kindes glücklich waren, jedoch genauso viele verzweifelt. Über 80% der Mütter beider Stichproben waren traurig. Im Vergleich zu weniger als 10% der Mütter der Onlinestichprobe, war die Hälfte der Mütter der Klinikstichprobe beim Anblick ihres Kindes wütend. Es ist anzunehmen, dass diese Unterschiede mit dem Messzeitpunkt zusammenhängen. Die Mütter der Klinikstichprobe konnten außerdem auch frei ihre Gefühle beim Anblick des Kindes äußern: „dankbar und zufrieden“ (1), „neugierig und hilflos“ (1), „tiefe Liebe und Bedauern“ (1).

80% der Väter beider Stichproben haben ihr Kind mehr als einmal gesehen. 60% der Väter der Onlinestichprobe und alle Väter der Klinikstichprobe haben ihr Kind nur noch tot gesehen. Beim Anblick des Kindes waren 80% der Väter beider Stichproben traurig, 20% verzweifelt. 40% der Väter der Onlinestichprobe, aber nur 20% der Väter der Klinikstichprobe waren glücklich, hingegen waren 40% der Väter der Klinikstichprobe und nur 20% der Väter der Onlinestichprobe wütend, was auf den Einfluss des unterschiedlichen Messzeitpunktes im Trauerprozess hinweist.

Die folgenden drei Fragen nach der Bedeutung des eigenen elterlichen Wunsches, das Kind zu sehen, der Bedeutung der Entscheidungsmöglichkeit und der Bedeutung einer Beratung hierzu werden im folgenden Abschnitt zusammen deskriptiv beantwortet, da die Antworthäufigkeiten gemeinsam in Tabelle 59 dargestellt sind.

- 11.3.1. Welche Bedeutung hat der eigene elterliche Wunsch, das Kind zu sehen/ nicht zu sehen auf Trauererleben und Depressivität?**
- 11.3.2. Welche Bedeutung kommt der Entscheidungsmöglichkeit für bzw. gegen das Ansehen des Kindes zu im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität?**
- 11.3.3. Welche Bedeutung kommt einer Beratung zu dieser Entscheidung zu im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität?**

Tab. 59: Häufigkeiten der Antworten zur Entscheidungsmöglichkeit zum Ansehen des Kindes

Variablen zur Entscheidungsmöglichkeit	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Entscheidungs-möglichkeit (N <sub>O</sub> = 66) (N <sub>K</sub> = 6)	ja	53	80,3	6	100
	nein	13	19,7	0	0
Wie oft gefragt worden (N <sub>O</sub> = 49) (N <sub>K</sub> = 3)	einmal	23	46,9	2	66,7
	mehrmals	22	44,9	1	33,3
	gar nicht	4	8,2	0	0
In welcher Situation gefragt worden (N <sub>O</sub> = 44) (N <sub>K</sub> = 2)	Vor Geburt	13	29,5	1	50,0
	Während Geburt	4	9,1	0	0
	Nach Geburt	15	34,1	1	50,0
Beratung hat stattgefunden (N <sub>O</sub> = 48) (N <sub>K</sub> = 4)	ja	25	52,1	3	75,0
		<b>N=23</b>		<b>N=3</b>	
	zufrieden damit	22	95,7	3	100
	unzufrieden	1	4,3		
	nein	23	47,9	1	25,0
Wie zur Entscheidung gekommen (N <sub>O</sub> = 54) (N <sub>K</sub> = 6)	Rat Arzt/ Hebamme	7	13,0	1	16,7
	Nahe gelegt	6	11,1	0	0
	Eigener Wunsch	36	66,7	5	83,3
	gedrängt	0	0	0	0
	Nach Überwin- dung	1	1,9	0	0
	sonstige	4	7,4	0	0



Fast 20% (19,7%) der Frauen der Onlinestichprobe hatten keine Möglichkeit sich zu entscheiden, ob sie ihr Kind sehen möchten, aber über 80% hatten eine Entscheidungsmöglichkeit. Auf die Frage: „Wie oft sind Sie gefragt worden?“ geben 8,2% der Frauen an, sie sind gar nicht gefragt worden, ob sie ihr Kind sehen wollen, aber über 80% sind danach gefragt worden. Nicht erfasst wurde bei dieser Frage, ob überhaupt eine Notwendigkeit dazu bestand. Fast ein Drittel der Mütter wurde bereits vor der Geburt gefragt, ob sie ihr Kind sehen möchten. Gut die Hälfte der Mütter hat eine Beratung erhalten zu der Entscheidung, ob sie ihr Kind ansehen möchten, über 95% waren mit der Beratung. 66,7 % der Frauen der Onlinestichprobe sind aus eigenem Wunsch zu der Entscheidung gekommen, ihr Kind anzusehen.

Alle Mütter der Klinikstichprobe konnten sich entscheiden, ob sie ihr Kind sehen möchten. Bei über 80% der Mütter war es ihr eigener Wunsch. Drei der sechs Mütter der Klinikstichprobe haben eine Beratung erhalten, eine nicht, zwei haben sich dazu nicht geäußert. Die Mütter der Klinikstichprobe hatten auch die Möglichkeit, sich dazu frei zu äußern:

- „durch Vorerfahrung wusste ich, dass ich es nicht bereuen werde, wenn ich es ansehe, nur umgekehrt“,
- „hätte ich es nicht gesehen wäre ich meines Lebens nicht mehr froh gewesen, es war wunderschön“,
- „ich hätte mir große Vorwürfe gemacht, wenn nicht, hätte es mir gar nicht anders vorstellen können“,
- „ich wollte das Baby sehen, halten und riechen, es war für mich völlig klar“,
- „es war selbstverständlich“.

Weder die Mütter der Klinikstichprobe, noch die Mütter der Onlinestichprobe sind zu der Entscheidung gedrängt worden, ihr Kind zu sehen.

Alle Väter beider Stichproben hatten die Möglichkeit, sich zu entscheiden. Die Väter, die eine Beratung erhalten haben, waren damit alle zufrieden. Bei 80% der Väter beider Stichproben war es der eigene Wunsch, das Kind zu sehen. Ein Vater der Onlinestichprobe fühlte sich zu der Entscheidung gedrängt.

**11.3.4. Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Ansehen des toten Kindes mit soziodemografischen Daten, Daten zum Schwangerschaftsverlauf und den Geburtsumständen, dem Gefühl von Abschied, Unterstützung im Trauerprozess, Belastung, Partnerschaft, Trauer, Depressivität?**

Alle folgenden Berechnungen beziehen sich auf die Onlinestichprobe, da sie für die Klinikstichprobe nicht möglich sind. Um Zusammenhänge zwischen dem Ansehen des Kindes und den anderen Variablen ausmachen zu können, werden  $\chi^2$ -Tests nach Pearson berechnet. Dabei wird grundsätzlich zweiseitig getestet, da explorativ vorgegangen wird. Bei Items, auf die mit mehr als zwei Möglichkeiten geantwortet werden konnte, werden die Antworten aufgrund inhaltlicher Überlegungen zu zwei Kategorien zusammengefasst. Wenn die erwarteten Häufigkeiten für mindestens eine Zelle unter 5 liegen, ist dies in der Tabelle gekennzeichnet und sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Tabelle 60 zeigt, ob es in Bezug auf die untersuchten Variablen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen „Mütter, die ihr Kind gesehen haben“ und „Mütter, die ihr Kind nicht gesehen haben“ gibt (statistisch korrekt: ob die einzelnen untersuchten Variablen unabhängig von der Variable „sehen“ sind).

Tab. 60:  $\chi^2$ -Tests zu Zusammenhängen zwischen dem Ansehen des Kindes und anderen Variablen

Variablen	$\chi^2$	p-Wert	exakter p-Wert nach Fischer
Konfession (kath., ev., keine) <sup>1</sup>	0,99	0,80	n.b.
Religiosität (ja, nein)	2,35	0,13	0,15
Abstand von Verlustzeitpunkt <sup>1</sup> (erstes Trauerjahr, nach erstem Trauerjahr)	1,40	0,24	0,43
Schwangerschaftswoche (bis 24. Woche, ab 25. Woche) <sup>2</sup>	0,04	0,85	1,00
Schwangerschaftsverlauf <sup>4</sup> (problem- los, nicht problemlos)	0,49	0,49	0,56
Schwierigkeit, schwanger zu werden (ja, nein) <sup>1</sup>	0,03	0,86	1,00
Einstellung zu Schwangerschaft <sup>1,5</sup> (Kind erwünscht vs. unpassend)	0,53	0,47	0,67
Hat Kind gelebt (ja, nein)	0,39	0,53	0,57
Weitere Kindsverluste (ja, nein)	0,06	0,81	1,00
Partner bei Geburt anwesend (ja, nein) <sup>1</sup>	0,04	0,84	1,00
War es gut so (ja, nein)	<b>39,69</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00**</b>
Fotos (ja, nein) <sup>3, 1</sup>	<b>10,48</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00**</b>
Erschwernisse für Anblick (ja, nein) <sup>1</sup>	<b>4,92</b>	<b>0,03</b>	<b>0,04*</b>
Entscheidungsmöglichkeit (ja, nein) <sup>1</sup>	<b>8,93</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01**</b>
Wie oft gefragt (einmal, mehrmals) <sup>1</sup>	3,23	0,20	n.b.
In welcher Sit. Gefragt (vor, nach Geburt, zu mehreren Zeit- punkten) <sup>1</sup>	9,90	0,02	n.b.
Beratung (ja, nein) <sup>1</sup>	2,82	0,09	0,13
Wie zur Entscheidung gekommen (nahegelegt, eigener Wunsch) <sup>1, 6</sup>	0,12	0,73	1,00
Gefühl von Abschied (ja, nein) <sup>1</sup>	<b>7,72</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01*</b>
Wunschgerecht beerdigt (ja, nein) <sup>3</sup>	<b>6,21</b>	<b>0,01</b>	<b>0,02*</b>
Teilnahme an Hilfsangeboten (ja, nein)	<b>6,09</b>	<b>0,01</b>	<b>0,02*</b>
Selbsthilfegruppe (ja, nein) <sup>1</sup>	0,13	0,72	1,00
Beratungsgespräche (ja, nein) <sup>1</sup>	0,38	0,54	0,61
Durch andere unterstützt (ja, nein) <sup>1</sup>	0,01	0,91	1,00
Trauer ansprechen möglich (ja, nein) <sup>1</sup>	3,85	0,15	n.b.
Unangenehm, angesprochen zu werden (ja, nein, wurde ich nicht) <sup>1</sup>	0,33	0,85	n.b.
Unangenehm, angesprochen zu werden (ja, nein)	0,11	0,75	0,67
Fehl-/Totgeburt (ja, nein)	0,01	0,94	1,00
Schwangerschaftsabbruch (ja, nein) <sup>1</sup>	0,00	0,93	1,00
Weitere Kinder (ja, nein) <sup>1</sup>	2,08	0,15	0,27
Kinder vor Verlust (ja, nein) <sup>1</sup>	1,41	0,24	0,55
Kinder nach Verlust (ja, nein) <sup>1</sup>	0,51	0,48	0,51
Psychotherapeutische Behandlung (ja, nein)	0,89	0,35	0,39

Medikamente (ja, nein) <sup>1</sup>	0,61	0,44	0,67
Mehr Alkohol (ja, nein) <sup>1</sup>	1,62	0,21	0,57
Partnerschaft besteht noch (ja, nein) <sup>1</sup>	0,16	0,69	0,70
Wie glücklich mit Partnerschaft (unglücklich, ausgeglichen, glücklich, sehr glücklich) <sup>1</sup>	1,92	0,59	n.b.
Glückliche Partnerschaft (glücklich, ausgeglichen/unglücklich) <sup>7, 1</sup>	1,70	0,19	0,26
Veränderung Partnerschaft (nein, ja besser) <sup>1</sup>	1,09	0,58	n.b.

\*  $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$

<sup>1</sup> Mindestens eine Zelle weist eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5 auf. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

<sup>2</sup> Hier wurden die Gruppen an der Grenze zur Lebensfähigkeit des Kindes aufgeteilt

<sup>3</sup> Hier wurden die Gruppen *ja, die Fotos wurden ausgehändigt* und *ja, die Fotos wurden in eine Akte gelegt* zu einer Kategorie zusammengefasst, da nur der Unterschied zwischen dem Vorhandensein und nicht Vorhandensein der Fotos interessierte und in der Gruppe *ja, die Fotos wurden in eine Akte gelegt* nur 2 Personen waren.

<sup>4</sup> die Kategorien „leichte Probleme“ und „problembelastet“ wurden zur Kategorie „nicht problemlos“ zusammengefasst

<sup>5</sup> die Kategorien „Kind heiß ersehnt“ und „Kind erwünscht“ wurden zur Kategorie „Kind erwünscht“ zusammengefasst, die Kategorien „Kind passte erst nicht so recht in die Lebensplanung“ sowie „Kind passte gar nicht in die Lebensplanung“ zur Kategorie „Kind unpassend“

<sup>6</sup> die Kategorien „es wurde mir nahegelegt“ und „der Arzt/ die Hebamme meinte, es ist besser so“ wurden zur Kategorie „nahegelegt“ zusammengefasst

<sup>7</sup> die Kategorien „sehr glücklich“ und „glücklich“ wurden zusammengefasst und die Kategorien „ausgeglichen“ und „unglücklich“ wurden zusammengefasst.

Die Variable „Haben Sie Ihr Kind gesehen?“ scheint mit einigen Variablen in Zusammenhang zu stehen bzw. nicht unabhängig von diesen zu sein. Besonders starke Zusammenhänge (auf dem 1%-Niveau signifikant) lassen sich mit den Variablen „War es gut so?“, „Fotos“, „Entscheidungsmöglichkeit“ und „Gefühl von Abschied“ nachweisen. Die Richtung weist durchgehend auf eine empfundene Bereicherung für die Mütter hin, die ihr Kind gesehen haben. So waren die Mütter, die ihr Kind gesehen haben eher der Meinung, dass es gut so war, wie sie es gemacht hatten, als die Mütter, die ihr Kind nicht gesehen hatten (siehe Tabelle 61 und Grafik 1). Die Mütter, die ihr Kind nicht gesehen haben, waren häufiger unzufrieden mit der Situation. Zudem war es so, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen hatten, häufiger angaben, dass sie sich selbst überlegen konnten, ob sie ihr Kind sehen möchten (Tabelle 63) und eher das Gefühl hatten, sich bereits verabschiedet zu haben (siehe Tabelle 64), als die, die es nicht gesehen hatten. Bezüglich der Fotos war es so, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen hatten, überzufällig häufig Fotos von ihrem Kind ausgehändigt bekamen und nur wenige angaben, dass kein Foto gemacht wurde, während die Müt-

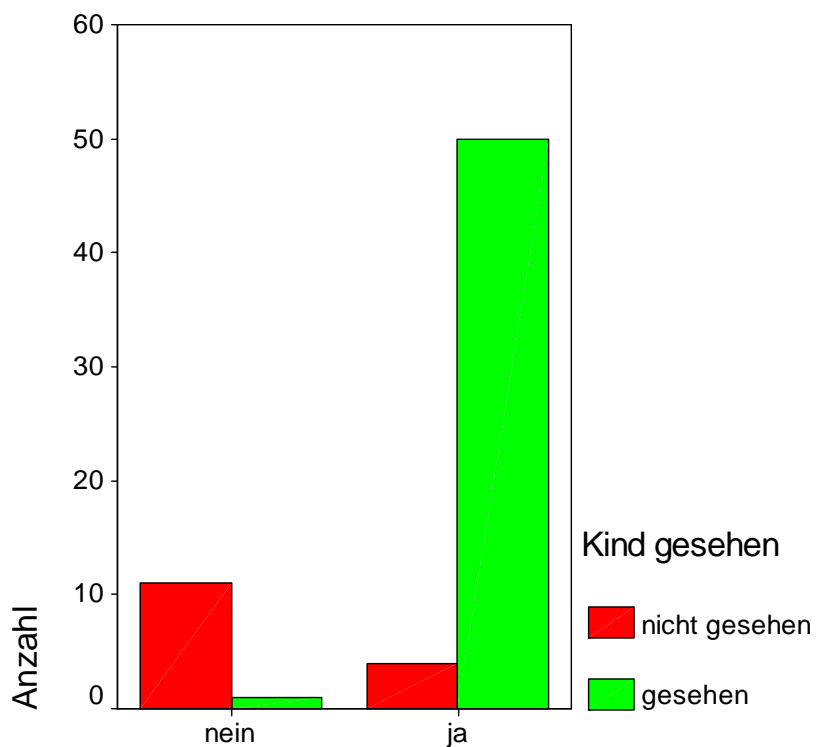
ter, die ihr Kind nicht gesehen hatten, überzufällig häufig berichteten, dass keine Fotos gemacht wurden (siehe Tabelle 62).

Zusammenhänge auf dem 5%-Signifikanzniveau bestehen mit den Variablen „wunschgerecht beerdigt“ (Tabelle 65) und „Teilnahme an Hilfsangeboten“ (Tabelle 66) sowie „Erschwernisse beim Anblick“ (Tabelle 67). Auch hier weisen sie in die erwartete Richtung: Frauen, die ihr Kind gesehen haben, sind häufiger der Meinung, es wunschgerecht beerdigt zu haben als Frauen, die es nicht gesehen haben, und haben häufiger an Hilfsangeboten teilgenommen. Frauen, bei denen Erschwernisse für den Anblick ihres Kindes vorlagen haben ihr Kind häufiger nicht gesehen.

Tab. 61: Wechselwirkung zwischen den Variablen: „War es gut so, wie Sie es gemacht haben?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“

	Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?			Gesamt
		nicht gesehen	gesehen	
War es gut so, wie Sie es gemacht haben? <sup>1</sup>	nein	11	1*	12
	ja	4	50	54
Gesamt		15	51	66

<sup>1</sup> Mindestens eine Zelle weist eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5 auf. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.



War es gut so, wie Sie es gemacht haben?

Grafik 1: Grafische Darstellung der beiden Variablen „War es gut so, wie Sie es gemacht haben“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten“

Tab. 62: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Wurden von dem Kind Fotos gemacht?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“

	Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?			Gesamt
		nicht gesehen	gesehen	
Wurden von dem Kind Fotos gemacht?	nein	9	9	18
	ja	6	42	48
Gesamt		15	51	66

Tab. 63: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Konnten Sie sich überlegen, ob Sie das Kind sehen möchten?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“

	Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?			Gesamt
	nicht gesehen		gesehen	
Konnten Sie sich überlegen, ob Sie das Kind sehen möchten?	nein	7	6	13
	ja	8	45	53
Gesamt		15	51	66

Die Variablen „Haben Sie Ihr Kind gesehen“ und „Konnten Sie sich überlegen, ob Sie das Kind sehen möchten“ sind nicht unabhängig voneinander. Das heißt, es gibt einen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger auch überlegen konnten, ob sie ihr Kind sehen wollten und die Mütter, die ihr Kind nicht gesehen haben, auch häufiger nicht überlegen konnten, ob sie ihr Kind sehen wollten.

Tab. 64: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Haben Sie das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“

	Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?			Gesamt
	nicht gesehen		gesehen	
Haben Sie das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben?	nein	8	9	17
	ja	7	42	49
Gesamt		15	51	66

Es gibt einen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger das Gefühl haben, sich bereits verabschiedet zu haben und die Mütter, die ihr Kind nicht gesehen haben, häufiger nicht das Gefühl haben, sich bereits verabschiedet zu haben.

Betrachtet man die Gruppe, die vom Gefühl her bereits Abschied von ihrem Kind genommen hat, haben von diesen 83,7% ihr Kind gesehen.

Tab. 65: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Ist das Kind nach Ihren Wünschen beerdigt worden?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“

	Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?			Gesamt
	nicht gesehen		gesehen	
Ist das Kind nach Ihren Wünschen beerdigt worden?	nein	6	6	12
	ja	9	45	54
Gesamt		15	51	66

Es gibt einen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger ihr Kind nach eigenen Wünschen beerdigen konnten. Bei den Müttern, die ihr Kind nicht gesehen haben, ist es häufiger nicht nach ihren Wünschen beerdigt worden.

Tab. 66: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Haben Sie an Hilfsangeboten teilgenommen?“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“

	Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?			Gesamt
	nicht gesehen		gesehen	
Haben Sie an Hilfsangeboten teilgenommen?	nein	11	19	30
	ja	4	32	36
Gesamt		15	51	66

Es gibt einen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger an Hilfsangeboten teilnehmen. Mütter, die ihr Kind nicht gesehen haben, nehmen häufiger nicht an Hilfsangeboten teil.



Tab. 67: Wechselwirkung zwischen den Variablen „Erschwernisse für den Anblick des Kindes“ und „Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?“

	Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?			Gesamt
	nicht gesehen		gesehen	
Erschwernisse für den Anblick des Kindes	nein	7	44	51
	ja	5	7	12
Gesamt		12	51	63

Es gibt einen Zusammenhang, dass die Mütter, bei denen Erschwernisse für den Anblick ihres Kindes vorlagen, ihr Kind häufiger nicht gesehen haben.

Im Folgenden wurde untersucht, ob es Zusammenhänge gibt zwischen den Variablen „War es gut so wie Sie es gemacht haben?“ und „Erschwernisse für den Anblick des Kindes“ bzw. „Psychotherapie“.

Variablen	X <sup>2</sup>	p-Wert	exakter p-Wert nach Fischer
War es gut so* Erschwernisse für Anblick <sup>1</sup>	10,89	0,00	0,00**

<sup>1</sup> Mindestens eine Zelle weist eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5 auf. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

Tab. 68: Wechselwirkung zwischen den Variablen „War es gut so, wie Sie es gemacht haben?“ und „Erschwernisse für den Anblick“

	Erschwernisse für den Anblick des Kindes			Gesamt
	ja		nein	
War es gut so, wie Sie es gemacht haben?	nein	5	6	11
	ja	46	6	52
Gesamt		51	12	63

Die Variablen „War es gut so, wie Sie es gemacht haben“ und „Erschwernisse für den Anblick“ sind nicht unabhängig voneinander. Mehr Mütter als erwartet, bei deren Kind Erschwernisse für den Anblick vorlagen, waren der Meinung, dass es nicht gut war, wie sie es gemacht haben. Weniger Mütter als erwartet, bei deren Kind Erschwernisse für den Anblick vorlagen, waren der Meinung, dass es gut war, wie sie es gemacht haben.

Das heißt, es ist äußerst schwierig für die Mütter, das Richtige zu tun, sofern Erschwernisse für den Anblick des Kindes vorliegen.

Variablen	$\chi^2$	p-Wert	exakter p-Wert nach Fischer
War es gut so* Psychotherapie	0,31	0,86	0,56

Die Variablen „War es gut so, wie Sie es gemacht haben“ und „Sind oder waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung“ sind unabhängig voneinander, d.h., ob es gut oder nicht gut war, wie es gemacht wurde weist keinen Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung auf.

Angemerkt sei hier, dass 82,8% der Mütter, die in psychotherapeutischer Behandlung sind oder waren, ihr Kind gesehen haben. 69% der Mütter, die in psychotherapeutischer Behandlung sind oder waren, haben vom Gefühl her bereits Abschied genommen, die anderen nicht.

An dieser Stelle sei noch einmal zusammenfassend festgestellt, dass alle Mütter der Klinikstichprobe ihr Kind gesehen haben, alle antworteten, dass es gut so war, alle die Aussage bejahten, dass es geholfen hat, das Kind zu sehen.

77,3% der Mütter der Onlinestichprobe haben ihr Kind gesehen. Bis auf eine Mutter, bei der besondere, dies erklärende Umstände vorlagen und die heute den Abschied zu ihrem Kind anders gestalten würde, haben alle geantwortet, dass es gut so war und dass es geholfen hat, das Kind zu sehen. Von den 22,3% der Mütter der Onlinestichprobe, die ihr Kind nicht gesehen haben, antworteten 73,3%, dass es nicht gut so war. Es gibt einen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger auch überlegen konnten, ob sie ihr Kind sehen wollten und die Mütter, die ihr Kind nicht gesehen haben, auch häufiger nicht überlegen konnten, ob sie ihr Kind sehen wollten. Alle Mütter der Klinikstichprobe konnten sich entscheiden, ob sie ihr Kind sehen möchten. Bei über 80% dieser Mütter war es ihr eigener Wunsch. Über

80% der Mütter der Onlinestichprobe konnten sich entscheiden, ob sie ihr Kind sehen möchten, bei fast 70% war es ihr eigener Wunsch. Ungefähr jeweils die Hälfte beider Stichproben hat eine Beratung erhalten. Wenn die Mütter eine Beratung erhalten haben, waren fast alle mit dieser zufrieden.

Es gibt einen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger das Gefühl haben, sich bereits verabschiedet zu haben und die Mütter, die ihr Kind nicht gesehen haben, häufiger nicht das Gefühl haben, sich bereits verabschiedet zu haben. Außerdem gibt es einen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger ihr Kind nach eigenen Wünschen beerdigen konnten. Bei den Müttern, die ihr Kind nicht gesehen haben, ist es häufiger nicht nach ihren Wünschen beerdigt worden.

Allerdings scheint es äußerst schwierig zu sein für die Mütter, das Richtige zu tun, wenn Erschwernisse für den Anblick ihres Kindes vorliegen.

Die Ergebnisse beider Stichproben zeigen, dass sich das Ansehen des toten Kindes für die hier teilgenommenen Eltern als hilfreich anfühlte und mit der eigenen Entscheidung hierzu und dem Gefühl von Abschied einherging.

#### *Welche Auswirkungen hat das Ansehen des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität?*

Die 27 Teilnehmerinnen, die ihr Kind gesehen hatten und für die die Werte der Münchner Trauerskala vorlagen, erreichten auf der Münchner Trauerskala einen leicht höheren Gesamtwert ( $M=70,74$ ;  $SD=15,41$ ) als die 10 Frauen, die es nicht gesehen hatten ( $M=67,90$ ;  $SD=19,10$ ). Bezogen auf den Depressionsgesamtwert war es genau umgekehrt. Die 43 Frauen, die ihr Kind gesehen hatten und für die die Werte des Depressionsinventars vorlagen, erreichten mit  $M=5,42$  ( $SD=4,11$ ) einen leicht niedrigeren Wert als die 13 Frauen der anderen Gruppe ( $M=5,54$ ;  $SD=5,21$ ).

Um zu überprüfen, ob diese Unterschiede bedeutsam waren, wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Die abhängige Variable bildete der Gesamtwert der Münchener Trauerskala bzw. der Depressionsgesamtwert. Da angenommen wurde, dass die Frauen, die ihr Kind gesehen hatten, einen höheren Trauerwert und einen niedrigeren Depressionswert erzielen würden, wurde einseitig getestet. Für keinen der Werte ergab sich ein signifikanter Gruppenunterschied (MT-Gesamtwert:  $t(35)=-0,47$ ;  $p=.32$ ; Depressionsgesamtwert:  $t(54)=0,09$ ;  $p=.46$ , siehe Tabelle 69).

Tab. 69: Mittelwerte (Streuung) des Trauer- bzw. Depressionsgesamtwerts für die Frauen, die ihr Kind gesehen bzw. nicht gesehen hatten, sowie Ergebnisse des T-Tests zum Vergleich der beiden Gruppen

AV (Gesamtwert)	M (SD)		t (df)	p
	Kind gesehen	Kind nicht gesehen		
Trauer	70,74 (15,41)	67,90 (19,10)	-0,47 (35)	.32
Depression	5,41 (4,11)	5,54 (5,21)	0,09 (54)	.46

**Die Frauen, die ihr Kind gesehen hatten, glichen in ihren Trauer- und Depressionswerten denen, die ihr Kind nicht gesehen hatten.**

In einem nächsten Schritt wurden die Skalenwerte der Trauerskala analysiert. Möglicherweise bildete sich ein Unterschied zwischen den Gruppen nur auf bestimmten Skalen ab. Die Ergebnisse zeigen allerdings auch hier keine Signifikanzen, weder für den F-Wert der multivariaten Rechnung ( $F(5/40)=0,59$ ;  $p=.71$ ) noch für die im Anschluss explorativ durchgeführten univariaten Analysen mit je einem Skalenwert als abhängige Variable. Eine Tendenz lässt aber für die Skala Verlustangst feststellen ( $F=2,82$ ;  $p=.10$ ): Die Frauen, die ihr Kind gesehen hatten, erreichten höhere Werte ( $M=14,82$ ;  $SD=5,26$ ) als die, die ihr Kind nicht gesehen hatten ( $M=11,92$ ;  $SD=4,83$ ).

Da sich die beiden Gruppen (gesehen, nicht gesehen) im Hinblick auf die seit dem Verlust vergangene Zeit signifikant unterscheiden ( $t(18)=2,66$ ;  $p<.05$ ; gesehen:  $M=73,53$  Monate,  $SD=70,34$ ; nicht gesehen:  $M=162,50$  Monate,  $SD=127,50$ ), wurden die Analysen erneut unter Kontrolle der Variablen Zeit durchgeführt (Kovarianzanalyse, siehe Tabelle 70). Es zeigen sich keine Veränderungen der oben genannten Ergebnisse.

Tab. 70: Ergebnisse der uni- bzw. multivariaten Varianzanalysen zur Testung auf Unterschiede in den Trauer- bzw. Depressionswerten zwischen den Frauen, die ihr Kind gesehen und denen, die es nicht gesehen haben unter Kontrolle des Faktors Zeit (Kovarianzanalysen)

AV	Gruppe		Zeit	
	F (df)	p	F (df)	P
<b>Trauergesamtwert</b>	0,00 (1/34)	0,99	3,76 (1/34)	0,06
<b>Depressionsgesamtwert</b>	0,18 (1/53)	0,67	0,94 (1/53)	0,34
<b>Trauerskalen</b>				
multivariat:	0,41 (5/39)	0,84	4,55 (5/39)	0,00**
univariat:				
Trauer	0,65 (1/43)	0,46	2,45	0,13
Verlust	0,47 (1/43)	0,50	9,74	0,00**
Schuld	0,69 (1/43)	0,41	0,05	0,82
Ärger	1,70 (1/43)	0,20	0,71	0,41
Sinn	0,30 (1/43)	0,59	5,59	0,02*

\*p<.05\*\*p<.001

Die Variablen, für die ein Zusammenhang mit dem Trauer- bzw. Depressionsgesamtwert nachgewiesen werden konnten (siehe Ergebnis Tabelle 40, Variablen: Alter der Teilnehmerinnen, Schwangerschaftswoche, weitere Kinder, seit dem Verlust vergangene Zeit), sowie die Variable Ansehen wurden als Prädiktoren in eine Regressionsanalyse einbezogen, um zu überprüfen, inwiefern die Gesamtwerte (Kriterien) aus ihnen vorhergesagt werden können. Für jeden Gesamtwert wurde eine multiple lineare Regressionsrechnung durchgeführt.

In dem Regressionsmodell für die Depression ergab sich für die multiple Korrelation von  $r=0,342$ . Es konnten 11,7% der Varianz des Trauergesamtwerthes vorhergesagt werden (Standardschätzfehler = 4,29). Die Signifikanzprüfung des Bestimmtheitsmaßes zeigte nicht, dass dieser vorhergesagte Anteil der Gesamtvarianz signifikant von Null verschieden ist. Die unabhängigen Variablen (Prädiktoren) haben also keine statistisch nachweisbare Beziehung zur abhängigen Variablen, dem Depressionsgesamtwert. Sie sind daher nicht geeignet, ihn vorherzusagen. Die weiteren Ergebnisse der Regression, die in Tabelle 71 dargestellt sind, sind nur aufgrund ihrer deskriptiven Bedeutung angegeben (Beta-Gewichte der Prädiktoren und ihre Signifikanzprüfung). Man sieht, dass der Variable „weitere Kinder“ das höchste Beta-Gewicht und der größte T-Wert zuzuordnen ist. Sie scheint den größten Einfluss zu haben.

Tab. 71: nicht-standardisierte Koeffizienten der Regression (Kriterium: Depression), Beta-Gewichte der Prädiktoren sowie T- und p-Werte der Signifikanzprüfung

Prädiktor	B	Standardfehler	Beta	T	P
(Konstante)	10,403	4,432		2,347	,023
Haben Sie noch weitere Kinder?	-2,693	1,569	-,258	-1,717	,092
Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?	-,821	1,540	-,081	-,533	,596
Schwangerschaftswoche	,062	,084	,105	,739	,464
Abstand zw. Verlusttag-Erhebungstag in Monaten	,004	,010	,087	,425	,673
Alter	-,115	,107	-,196	-1,076	,287
$r=0,34$	$r^2=0,12$	$s^2=4,29$	$F(5/49)=1,30$	$p=0,28$	

Führt man eine Merkmalsselektion zur Bestimmung der optimalen Prädiktorenmenge durch (Methode rückwärts), ergibt sich als Modell mit optimalem Merkmalsatz jenes, welches nur den Prädiktor „weitere Kinder“ einschließt (BetaGewicht = -0,280). Der Ausschluss der anderen 4 Prädiktoren führt nicht zu einem signifikanten Verlust im Bestimmtheitsmaß. Es ist auch das einzige Modell mit einem signifikanten Determinationskoeffizienten (signifikanter Zusammenhang zwischen Prädiktor und Kriterium). 7,8% der Varianz des Kriteriums können durch den Prädiktor „weitere Kinder“ aufgeklärt werden. Mit der „vorwärts“-Methode ergibt sich dasselbe Ergebnis.

Die Depressionswerte der Frauen lassen sich demnach am besten über die Anzahl der weiteren Kinder vorhersagen. Eine Regressionsgleichung mit der Kombination mehrerer Prädiktoren erscheint nicht sinnvoll.

Eine zweite Regressionsanalyse wurde für den Trauergesamtwert gerechnet. Das Modell konnte 28,9% der Varianz des Trauergesamtwerts erklären ( $R=0,537$ , Standardfehler des Schätzers=14,59). Auch hier ergab sich für das Bestimmtheitsmaß keine Signifikanz, aber es zeigte sich eine Tendenz ( $F(5/30)=2,44$ ;  $p=.057$ ). Die nicht-standardisierten Koeffizienten, Beta-Gewichte und zugehörige T- sowie p-Werte sind Tabelle 72 zu entnehmen. Das höchste Beta-Gewicht wird für die Variab-

le Schwangerschaftswoche erzielt, der eine signifikante Bedeutung für die Vorhersage zukommt, gefolgt von der Variablen Alter der Teilnehmerinnen.

Tab. 72: nicht-standardisierte Koeffizienten der Regression (Kriterium: Trauer), Beta-Gewichte der Prädiktoren sowie T- und p-Werte der Signifikanzprüfung

Prädiktor	B	Standardfehler	Beta	T	P
(Konstante)	81,932	19,826		4,133	,000
Haben Sie noch weitere Kinder?	-3,681	6,275	-,101	-,587	,562
Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?	-2,588	5,930	-,073	-,436	,666
Schwangerschaftswoche	,732	,331	<b>,362</b>	2,208	<b>,035</b>
Abstand zw. Verlusttag-Erhebungstag in Monaten	-,017	,049	-,090	-,340	,736
Alter	-,730	,494	-,353	-1,479	,150
$r=0,54$	$r^2=0,29$	$s^2=14,59$	$F(5/30)=2,44$	$p=0,06$	

Um den Merkmalssatz zu optimieren und evtl. überflüssige Prädiktoren zu identifizieren wurde auch hier die Methode rückwärts durchgeführt. Das Modell mit dem optimalen Merkmalssatz enthält die Prädiktoren Alter und Schwangerschaftswoche und erklärt 27,1% der Varianz des Trauergesamtwertes. Dieses Ergebnis ist sehr signifikant ( $F(1/53)=4,5$ ;  $p < .05$ ).

## **12. Diskussion der Ergebnisse**

Im Folgenden sollen die Ergebnisse diskutiert werden. Ausgehend von der Beantwortung der einzelnen Fragen werden mögliche Erklärungen angeboten, die Bedeutung und die Auswirkungen der gefundenen Ergebnisse sollen dargestellt werden. Dabei wird wie bei den Fragestellungen in der gleichen Reihenfolge vorgegangen, beginnend bei der deskriptiven Beschreibung.

### **12.1. Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust**

Zu der Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust werden theoretische Überlegungen und Ergebnisse aus anderen Untersuchungen sowie Ergebnisse dieser Arbeit zu anderen Fragestellungen in Beziehung gesetzt. Auf die daraus entstehenden Auswirkungen wird hingewiesen.

#### **12.1.1. Die Schwangerschaft**

Ein Drittel der Schwangerschaften verlief bei den Frauen der Onlinestichprobe problembelastet bzw. über die Hälfte hatten zumindest leichte Probleme. Von den Frauen der Klinikstichprobe hatten ein Drittel leichte Probleme. Diese subjektive, retrospektive Einschätzung problembelasteter Schwangerschaftsverläufe nach Kindsverlust kann als nicht hoch eingeordnet werden. Im Gegenteil verlief die Schwangerschaft bei über 45% der Frauen der Onlinestichprobe und bei fast 70% der Frauen der Klinikstichprobe problemlos. In der Stichprobe können sich jedoch auch Frauen mit einer pathologischen Trauerreaktion befinden, die nach Beutel et al. (1993) ein negatives Erleben der vorausgegangenen Schwangerschaft angeben.

Über 80% der Frauen der Onlinestichprobe und der Klinikstichprobe berichten von keinen Fruchtbarkeitsschwierigkeiten. Die Frage nach Schwierigkeiten, schwanger zu werden, war allgemein gestellt worden und kann sich somit auf verschiedene Schwangerschaften beziehen. Schwierigkeiten, im Vorfeld schwanger zu werden, als negativer Einflussfaktor auf den Trauerverlauf konnte hier wie in den Untersuchun-



gen von Forrest, Standish und Baum (1982) sowie von Toedter, Lasker und Alhadeff (1988) nicht bestätigt werden.

Zu der Frage nach der Einstellung zu der Schwangerschaft als möglichem Einflussfaktor auf den Trauerverlauf kann festgestellt werden, dass über 80% der Frauen der Onlinestichprobe und alle Frauen der Klinikstichprobe angaben, dass das Kind erwünscht war. Nun ist diese Frage bewusst beantwortet worden und gibt somit wenig Aufschluss für und gegen die analytische Betrachtungsweise von z.B. Helene Deutsch (1945), dass die unbewusste Ablehnung des Kindes zu einem Abort führen kann. Das Dilemma besteht hier darin, dass diese Betrachtungsweise nie verifiziert, aber auch nie falsifiziert werden kann, aber in ihrer Aussage großen Schaden anrichten kann, da sie auf subtile Weise Schuld zuweist und das unter Umständen noch auf dem Nährboden eigener Schuldzuweisungen. Ambivalente Gefühle gegenüber dem Fetus als negativer Einflussfaktor auf den Trauerverlauf führten zu widersprüchlichen Ergebnissen in den Untersuchungen von Graham et al. (1987), Kennell, Slyter und Klaus (1970) und Laurell-Borulf (1982). Auch diese Untersuchung kann keine Aussage dazu machen, ob ambivalente Gefühle gegenüber dem Fetus ein negativer Einflussfaktor auf den Trauerverlauf ist, da zum einen die Stichprobe derer mit einer ambivalenten Einstellung gegenüber der Schwangerschaft zu gering ist; zum anderen zeigen sich hier methodische Probleme, wie man eine ambivalente Einstellung zu der Schwangerschaft erfassen will und kann. Möglich wäre hier ein längsschnittlicher Ansatz, bei dem die Einstellungen zur Schwangerschaft im Verlauf protokolliert werden, um dadurch die Ambivalenz abzubilden, was aber sehr aufwendig erscheint. Explizit sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass es wichtig erscheint, sich eine eventuelle Ambivalenz des Kinderwunsches zugestehen zu können (Frick-Bruder & Schütt, 1992).

### **12.1.2. Geburtsumstände**

Bei fast der Hälfte der Mütter der Onlinestichprobe und bei allen Müttern der Klinikstichprobe wurden keine Herztöne des Kindes mehr festgestellt. Diese Mütter wussten also vor der Geburt, dass ihr Kind bereits tot ist. Bei einem Drittel der Mütter der Onlinestichprobe hat das Kind nach der Geburt gelebt. Auf den Trauerverlauf hat keinen Einfluss genommen, ob das Kind nach der Geburt gelebt hat oder schon tot war. Wahrscheinlich hat es deshalb keinen Einfluss genommen, weil der Tod des

Kindes für die Eltern in beiden Fällen bereits absehbar war und sie sich, auch wenn das Kind noch eine Weile lebte, bereits auf den Abschied vorbereitet hatten.

### 12.1.3. Abschied von dem verstorbenen Kind

Ein Viertel der Mütter der Onlinestichprobe und 60% der Mütter der Klinikstichprobe hat dem Gefühl nach noch keinen Abschied genommen, aber über 70% der Mütter der Onlinestichprobe und 40% der Mütter der Klinikstichprobe haben bereits vom Gefühl her Abschied genommen. Alle Väter der Onlinestichprobe und 40% der Väter der Klinikstichprobe haben dem Gefühl nach bereits Abschied genommen. Bei den Müttern und Vätern der Klinikstichprobe ist hier noch eine Veränderung zu erwarten: Der Kindsverlust wurde gerade erst erlebt und einige Beerdigungen hatten noch nicht stattgefunden. Überraschend ist, dass noch ein Viertel der Mütter der Onlinestichprobe von einem fehlenden Abschiedsgefühl berichten. Möglicherweise liegt dies an der sehr subjektiven Definition von einem Abschiedsgefühl. Ebenfalls überraschend ist jedoch, dass 40% der Mütter der Klinikstichprobe bereits von einem Gefühl von Abschied berichten, obwohl der Verlust ihres Kindes erst vier Wochen zurückliegt. Das deutet darauf hin, dass sich ein Gefühl von Abschied nicht nach einer bestimmten Zeit einstellt, sondern eher einen individuellen Prozess darstellt.

Über 80% der Mütter und alle Väter der Onlinestichprobe und alle Mütter und Väter der Klinikstichprobe, die diese Frage beantworten konnten, haben ihr Kind wunschgerecht beerdigt. Angemerkt sei hier, dass fast 90% der Mütter der Onlinestichprobe, die von ihrem Gefühl her bereits Abschied genommen haben, ihr Kind auch wunschgerecht beerdigt haben. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gefühl von Abschied und einer wunschgerechten Beerdigung. Wenn das Kind nach den Wünschen der Mütter beerdigt worden ist, haben die Mütter auch eher das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben, als wenn es nicht nach ihren Wünschen beerdigt worden ist. Dies unterstreicht noch einmal die Wichtigkeit des Rituals einer Beerdigung auf dem Weg der Trauerarbeit, da es die emotionale Verarbeitung des Abschiedes unterstützt.

Außerdem besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gefühl von Abschied und Religiosität. Wenn die Frauen religiös sind, haben sie eher nicht das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben, als wenn sie nicht religiös sind. Dass ein Zusammenhang besteht, erscheint nicht verwunderlich, aber man hätte eigentlich der

Richtung nach das Gegenteil vermuten können. Über die Gründe lässt sich nur spekulieren. Möglicherweise wird der Verlust des Kindes als „Strafe Gottes“ empfunden. Die Verneinung eines Gefühles von Abschied kann aber auch daraus resultieren, dass eine tiefe Verbundenheit zu dem Kind bestehen bleibt und dass ein Gefühl von Abschied somit negativ beurteilt wird. Ein Gefühl von Abschied ist eine subjektive Empfindung und wird subjektiv definiert. Religiöser Hintergrund, in dieser Untersuchung mit Religiosität erfasst, als direkter Einflussfaktor auf den Trauerverlauf konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden wie in den Untersuchungen von Forrest, Standish und Baum (1982), Laurell-Borulf (1982), Nicol et al. (1986) sowie Toedter, Lasker und Alhadeff (1988).

Zwischen einer wunschgerechten Beerdigung und der Schwangerschaftswoche besteht auch ein Zusammenhang. Frauen scheinen bei länger andauernder Schwangerschaft eher die Möglichkeit zu haben, ihr Kind wunschgerecht zu beerdigen. Frauen, die ihr Kind im 6. oder 7. Monat verloren haben, geben überzufällig häufig an, ihr Kind nicht nach ihren Wünschen beerdigt zu haben, während Frauen, die ihr Kind nach dem 9. Schwangerschaftsmonat verloren haben, mit größerer Wahrscheinlichkeit berichten, ihr Kind wunschgerecht beerdigt zu haben. Dies liegt eindeutig an den Beerdigungsmöglichkeiten nach den gesetzlichen Vorschriften für das Bestattungswesen. Bei totgeborenen Kindern unterscheiden sich die Möglichkeiten der Bestattung und die Formalitäten, je nachdem, ob das Gewicht mehr oder weniger als 500 Gramm betragen hat. Entscheidend ist hier auch, ob die Eltern über die Beerdigungsmöglichkeiten ausreichend informiert worden sind. Je früher in der Schwangerschaft das Kind verloren wurde, umso mehr sind die Eltern auf Informationen bezüglich der Wahlmöglichkeiten der Bestattung angewiesen. Die Initiative Regenbogen Glücklose Schwangerschaft e.V. setzt sich bereits seit Jahren für die Erweiterung der Bestattungsmöglichkeiten fehlgeborener Kinder ein und es bleibt zu hoffen, dass dieser Prozess zu weiteren Erfolgen führt angesichts der Wichtigkeit einer Beerdigung für den Trauerprozess.

#### **12.1.4. Unterstützung im Trauerprozess**

Etwas mehr als die Hälfte der Frauen der Onlinestichprobe hat an therapeutischen Angeboten teilgenommen, davon am häufigsten an Selbsthilfegruppen bzw. Trauergruppen. Über 90% haben sich bei ihrer Trauer von anderen unterstützt gefühlt. Der

Partner wird von über 80% der Frauen der Onlinestichprobe als wichtigste unterstützende Person genannt. Die Sicht der Väter zur erlebten Unterstützung unterscheidet sich von der Sicht der Mütter, da sie sich vor allem durch Angehörige unterstützt gefühlt haben, die Unterstützung durch ihre Partnerin wird gleich häufig genannt wie die durch Freunde oder andere. Dies unterstreicht das Ergebnis von Willner (1998), dass die Sorge um die Partnerin für die Männer im Mittelpunkt steht, mehr als die Trauer um das verlorene Kind. Ebenfalls wird die Vermutung von Kersting (2007b) unterstrichen, dass ein Partner zunächst den stärker belasteten Partner stützt.

#### **12.1.5. Weitere Kinder**

Über 80% der Mütter der Onlinestichprobe haben weitere Kinder. Dabei haben fast die Hälfte ein oder mehrere Kinder, die vor dem Kindsverlust geboren wurden und weit über die Hälfte weitere Kinder, die nach dem Kindsverlust geboren wurden. Die Mütter, die keine weiteren Kinder haben, können die Angst haben, keine weiteren Kinder mehr bekommen zu können oder noch einmal ein Baby zu verlieren. Aktuell sind über 10% der Frauen der Onlinestichprobe zum Erhebungszeitpunkt schwanger.

Über 40% der Frauen der Onlinestichprobe haben schon einmal eine Fehlgeburt erlebt, davon ist ein Viertel mit dieser Erfahrung gut zurechtgekommen, ein Drittel jedoch schlecht. Auch diese Erfahrung kann sich auf die Angst, noch mal ein Kind zu verlieren, auswirken.

Hingegen unterschied sich die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen nicht von der in einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998/99) festgestellten Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen, was bedeutet, dass Schwangerschaftsabbrüche in der Gruppe der Eltern mit prä- und perinatalem Kindsverlust gleich häufig vorkommen wie in der Durchschnittsbevölkerung. Jedoch hat nur ein Drittel der Frauen, die überhaupt schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, diesen nach dem Kindsverlust durchführen lassen, das kann bedeuten, dass die Erfahrung eines prä- und perinatalen Kindsverlustes sich auf spätere unpassende Schwangerschaften so auswirkt, dass die Entscheidung häufiger für das Kind getroffen wird.

Schwangerschaftsverluste, also pränatale Kindsverluste, in der Vorgeschichte als negativer Einflussfaktor auf den Trauerverlauf konnte in dieser Untersuchung eben-

falls nicht bestätigt werden wie in den Untersuchungen von Benfield, Leib und Vollman (1978), LaRoche et al. (1982), Nicol et al. (1986), Smith und Borgers (1988-89), Toedter, Lasker und Alhadeff (1988) sowie Turner et al. (1991).

#### 12.1.6. Partnerschaft

Fast alle Frauen haben zum Geburtszeitpunkt eine Partnerschaft, bei über 80% der Frauen der Onlinestichprobe besteht sie fort. Fast 80% der Frauen der Onlinestichprobe und über 80% der Frauen der Klinikstichprobe sind glücklich und sehr glücklich mit ihrer Partnerschaft wie auch 80% aller Väter. Im Vergleich dazu gaben bei der Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998/99) nur 45% der Frauen an, sehr zufrieden mit der Partnerschaft zu sein. Deutlich über die Hälfte der Frauen der Onlinestichprobe geben an, dass sich das Zusammenleben seither verbessert hat, wie auch die Hälfte der Frauen der Klinikstichprobe, was auch dafür spricht, dass die Erfahrung eines gemeinsamen Kindsverlustes zu einem tieferen Verbundenheitsgefühl in der Partnerschaft führen kann. Zwei Väter der Klinikstichprobe geben an, dass sich ihre Partnerschaft durch den erlebten Kindsverlust verbessert hat, zwei Väter der Onlinestichprobe und ein Vater der Klinikstichprobe geben an, dass sich ihre Partnerschaft verschlechtert hat, 60% der Väter der Onlinestichprobe und 40% der Väter der Klinikstichprobe geben keine Veränderung an. Das Erleben der Väter von Verbundenheit in der Partnerschaft durch den Kindsverlust könnte sich von dem Erleben der Mütter unterscheiden, allerdings lässt sich aufgrund der geringen Stichprobe der Väter keine gültige Aussage hierzu machen.

**ABER:** Es zeigt sich eine deutliche Unterscheidung der eigenen Klinikstichprobe der Frauen zur Kontrollgruppe der Normierungsstichprobe des PFB, gleichzeitig ähnelt sie der Therapiegruppe des PFB. Von der Klinikstichprobe der Frauen liegt im Vergleich mit der Kontrollgruppe des PFB fast ein Drittel unter dem Durchschnitt auf der Skala „Gemeinsamkeit“ und fast ein Drittel über dem Durchschnitt auf der Skala „Streitverhalten“. Dies ist möglicherweise auf den geschlechtsspezifischen, unterschiedlichen Umgang mit Trauer zurückzuführen. Diskordante weibliche und männliche Coping-Stile können die Partnerschaft sehr belasten. Frauen haben das Bedürfnis über den Tod ihres Kindes zu sprechen (Swanson et al., 2003, zitiert nach Kersting, 2007a), Männer tun sich hingegen eher schwer, ihre Gefühle auszudrücken und neigen eher dazu, den Verlust zu verleugnen (Stinson et al., 1992, zitiert nach Kers-

ting, 2007a). Die Belastung scheint sich auf der Skala „Streitverhalten“ und der Skala „Gemeinsamkeit“ des PFB zu zeigen. Die Skala „Streitverhalten“ bildet in ihren Items „Er/sie bricht über eine Kleinigkeit einen Streit vom Zaun“, „Wenn wir uns streiten, beschimpft er/ sie mich“, „Er/sie gibt mir die Schuld, wenn etwas schief gegangen ist“, „Er/sie schränkt mich in meiner persönlichen Freiheit ein“ Ärger ab, Ärger als Unverständnis über das Verhalten des Partners, der möglicherweise am Partner ausgelassen wird. Die Skala „Gemeinsamkeit“ mit ihren Items „Er/sie teilt mir ihre Gedanken und Gefühle offen mit“, „Wir planen gemeinsam, wie wir das Wochenende verbringen wollen“, „Wir unterhalten uns am Abend normalerweise mindestens eine halbe Stunde miteinander“ zeigt als unterdurchschnittliche Gemeinsamkeit zwischen den Partnern ergänzend die Gespanntheit durch die Belastung. Im Widerspruch dazu geben gleichzeitig über 80% der Frauen an, glücklich oder sehr glücklich mit ihrer Partnerschaft zu sein. Nach dem von Bowlby (1980) und Parkes (1972) entwickelten Modell eines Trauerprozesses mit seinen vier Phasen liegt der Messzeitpunkt für das Interview mit der Klinikstichprobe unmittelbar zwischen der Schockphase, welche durch Verleugnung, Traurigkeit oder panische Angst gekennzeichnet ist und eine Erschütterung der psychischen Integrationsleistung des Ichs aufgrund der tiefgreifenden Hilflosigkeits- und Ohnmachtserfahrung darstellt, und der sich daran anschließenden Phase der Realisation, die durch Verzweiflung, aber auch Wut und Ärger gekennzeichnet ist. Möglicherweise wird also der Ärger über den Verlust des Kindes am Partner ausgelassen, was der Partner auch so verstehen kann, die innere Auseinandersetzung mit dem Kindsverlust geht zu Lasten der Gemeinsamkeit mit dem Partner.

An dieser Stelle und nicht unter dem Abschnitt zu den Geburtsumständen soll die Begleitung der Väter und ihre Motive dargestellt werden. Bei über 70% der Mütter der Onlinestichprobe und bei über 80% der Frauen der Klinikstichprobe war der Partner bei der Geburt anwesend, d.h. bei fast einem Drittel der Frauen der Onlinestichprobe nicht und bei einer Frau der Klinikstichprobe nicht. Zwei der fünf Väter der Onlinestichprobe waren auf eigenen Wunsch mit bei der Geburt, ein Vater seiner Partnerin zuliebe, zwei Väter waren auf eigenen Wunsch nicht bei der Geburt dabei. Es kommt also häufiger vor, dass die Frau bei der Geburt ihres möglicherweise schon toten Kindes allein ist.

### 12.1.7. Darstellung der Belastung

Über 40% der Frauen der Onlinestichprobe und eine Frau der Klinikstichprobe sind oder waren schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung. Über 70% dieser Frauen geben einen Zusammenhang zu dem erlebten Kindsverlust an. Der Anteil der Frauen der Klinikstichprobe könnte sich dabei im Laufe der Zeit durchaus noch erhöhen. Auch so sind es auffällig viele verglichen mit den Prävalenzen für psychische Störungen (1-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen in der erwachsenen Bevölkerung von 31%) und psychotherapeutische Behandlung (Jacobi et. al., 2004; Franz, 1997). Dies zeigt, dass die Erfahrung des Kindsverlustes eine psychotherapeutische Behandlung häufig notwendig machen kann, weshalb auch verschiedene Interventionsprogramme entwickelt worden sind.

Ob es letztlich gut oder nicht gut war, wie es gemacht wurde bezüglich des Ansehens des Kindes, weist allerdings keinen Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung auf, wie man vielleicht annehmen könnte. Allerdings hat die absolute Mehrheit (82,8%) der Mütter, die in psychotherapeutischer Behandlung sind oder waren, ihr Kind gesehen und fast 70% der Mütter, die in psychotherapeutischer Behandlung sind oder waren, haben vom Gefühl her bereits Abschied genommen. Es kann hier nicht geklärt werden, ob ein Gefühl von Abschied das Ergebnis einer psychotherapeutischen Behandlung ist oder ob eine psychotherapeutische Behandlung unabhängig von einem Abschiedsgefühl notwendig wurde. Die multivariate Analyse der Skalenwerte der Münchner Trauerskala zeigt für die Variable „Gefühl von Abschied“ auf den Skalen Trauer und Schuld ein signifikantes Ergebnis, d.h., dass die Frauen der Onlinestichprobe, die nicht das Gefühl von Abschied empfinden, höhere Werte auf den Skalen Trauer und Schuld der Münchner Trauerskala erreichen. Dies würde die Vermutung unterstreichen, dass Frauen, die kein Gefühl von Abschied haben und mehr Trauer und Schuld empfinden, erst eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen mit dem Ergebnis, den Kindsverlust emotional abschließen zu können.

Deutlich über 10% der Frauen der Onlinestichprobe nehmen Medikamente zur Beruhigung oder zur Aufhellung der Stimmung oder Drogen zu sich. Von den Frauen der Onlinestichprobe, die Alkohol trinken, geben über 10% an, seit dem Kindsverlust mehr Alkohol zu trinken. Aber auch auffällig viele Frauen beider Stichproben trinken gar keinen Alkohol (siehe Wittchen & Hoyer, 2006). Dies legt den Schluss nahe, dass

sich Trauer wie bei den Männern auch bei Frauen in Alkohol- oder Medikamentenkonsum ausdrücken kann. Möglicherweise streben die Frauen, die gar keinen Alkohol trinken, eine erneute Schwangerschaft an.

Zu den Vätern lässt sich feststellen, dass kein Vater bisher in psychotherapeutischer Behandlung war/ist oder Medikamente zur Beruhigung oder für die Stimmung nahm/nimmt. Alle Väter der Onlinestichprobe konsumieren Alkohol und geben an, dass dies nicht im Zusammenhang mit dem Kindsverlust steht. 60% der Väter der Klinikstichprobe konsumieren Alkohol, ob ein Zusammenhang zum erlebten Kindsverlust besteht, wurde nicht beantwortet. Diese Feststellungen stehen im Einklang mit den Ergebnissen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Trauerverlauf: Männer empfanden ihre Trauer in ähnlicher Weise, brachten sie jedoch weniger offen zum Ausdruck (Willner, 1998), Männer tun sich eher schwer, ihre Gefühle auszudrücken und neigen eher dazu, den Verlust zu verleugnen (Stinson et al., 1992, zitiert nach Kersting, 2007a), die signifikanten Geschlechtsunterschiede zwischen den trauernden Eltern für Angst und Depression verringerten sich, wenn die Alkoholproblematik mit einbezogen wurde (Vance et al., 1995, zitiert nach Kersting, 2007a; Murray & Terry, 2001, zitiert nach Kersting, 2007a).

#### **12.1.8. Darstellung des Trauererlebens**

Das gehäufte Auftreten einer depressiven Symptomatik während eines Trauerprozesses ist in der empirischen Forschung bereits mehrfach untersucht worden (Jacobs et al., 1989; Zisook & Shuchter, 1991; Zisook et al., 1997, zitiert nach Kersting et al., 2001; Beutel et al., 1995). Klinische Korrelate pathologischer Trauer sind Depression, Angst- und Panikstörungen, generalisierte Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Beschwerden wie z.B. Unterbauchbeschwerden als Somatisierungsstörung oder Hypochondrie sowie Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (Zisook, Schneider & Shuchter, 1990, zitiert nach Scheidt et al., 2007) und liegen oft noch 6-9 Monate nach dem Verlust in klinisch relevanter Ausprägung vor (Condor, 1986, zitiert nach Scheidt et al., 2007; Lasker & Toedter, 1991, zitiert nach Scheidt et al., 2007). Pathologische Trauer kann sich in diesen manifestieren (Ditz, 2001). Mehr als die Hälfte der Frauen der Klinikstichprobe können als deutlich psychisch belastet eingestuft werden, erleben ihre Belastung als subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.



Die Frauen der Klinikstichprobe ähneln der Normstichprobe der Depressiven des BDI, weniger als ein Drittel der Frauen der Klinikstichprobe zeigt keine Depression. Die Frauen der Onlinestichprobe stimmen folgenden Items des Depressionsinventars zu: „Ich ziehe mich mehr zurück als früher“, „Ich bin schneller erschöpft als früher“, „Ich schaffe weniger als sonst“, „Ich bin reizbarer als früher“, „Meine Lebensfreude hat gelitten“, „Ich wache öfter auf und liege dann länger wach“, „Sex interessiert mich weniger als sonst“, „Ich habe mehr als 3 kg zugenommen“, „Ich schwitze mehr als früher“, „Ich bin vergesslicher als früher“. Ähnlich sieht die Zustimmung der Väter aus. Dies legt die Frage nahe, ob depressive Symptome Kennzeichen eines normalen Trauerprozesses in dieser Anfangsphase sind. Eine diagnostizierbare depressive Episode lag nur bei einem Prozent der Frauen der Onlinestichprobe vor.

Über ein Drittel der Frauen der Klinikstichprobe zeigen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Nach Bowles, James und Solursh (2000, zitiert nach Scheidt et al., 2007) erfüllen 10% aller Frauen (Verlusterlebnis vor der 20. Schwangerschaftswoche) unmittelbar nach der Verlusterfahrung die DSM-IV-Kriterien einer akuten Belastungsstörung, von denen 1% nach Ablauf eines Monats Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen. Nach Engelhardt, van den Hout und Arntz (2001, zitiert nach Scheidt et al., 2007) erfüllen 25% der Frauen einen Monat nach der Verlusterfahrung die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Diese Ergebnisse zeigen sich bei den Frauen der Klinikstichprobe ebenfalls. Der hier verwendete Fragebogen zur Erhebung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung hat in dieser Untersuchung allerdings eher eine Screening-Funktion, was erklären würde, warum der Anteil der Frauen der Klinikstichprobe noch höher liegt als die von Engelhardt et al. berichteten 25%.

## **12.2. Einflussfaktoren auf Trauererleben und auf Depressivität**

Stärkere Trauer spüren die Frauen, die sich noch im ersten Trauerjahr befinden (vs. nach dem ersten Trauerjahr), die Fotos von ihrem Baby haben (vs. keine Fotos), die eine psychotherapeutische Behandlung aufgesucht haben (vs. keine Behandlung), die ihr Kind ab der 25. Schwangerschaftswoche verloren haben (vs. bis zur 24. Schwangerschaftswoche), die ihr Kind wunschgerecht beerdigt haben (vs. nicht wunschgerecht beerdigt), die an Hilfsangeboten teilgenommen haben (vs. keine Teilnahme).

Es war zu erwarten, dass Frauen im ersten Trauerjahr stärkere Trauer spüren. Die Frauen, die sich noch im ersten Trauerjahr befinden, erreichen höhere Werte auf den Skalen Verlustangst und Sinnsuche als die, bei denen der Verlust bereits länger her ist. Die Angst, keine Kinder mehr bekommen zu können oder noch einmal ein Baby zu verlieren und die Suche danach, was einem wichtig ist im Leben stehen im ersten Trauerjahr im Vordergrund.

Im Hinblick auf den zeitlichen Abstand zum Verlusttag zeigt sich für den Trauergesamt看 ein nachweisbarer Unterschied zwischen den Frauen, bei denen seit dem Verlust weniger als 1 Jahr vergangen ist, und denen, bei denen der Verlust über 10 Jahre zurück liegt. Dieser Unterschied geht vor allem auf die Skala Verlustangst zurück. Die erzielten Werte auf der Skala sind umso niedriger, je länger der Verlust her ist. Es wurde bestätigt, dass die Trauer mit zunehmendem Zeitabstand nachweislich abnimmt wie auch in den Untersuchungen von Cuisinier et al. (1993), Stroebe et al., (1988, 1993), Gallagher-Thompson et al. (1993), Goldbach et al. (1991), McCrae und Costa (1993) sowie die Studie von Janssen (1997) gezeigt wurde. Je mehr Zeit seit dem Verlust vergangen ist, desto geringer wird die Trauer. Vor allem die Skalen Trauer, Angst und Sinn stehen negativ mit der vergangenen Zeit in Zusammenhang.

Nach Kersting (2009) lassen sich die Aufgaben des Trauerprozesses folgendermaßen zusammenfassen: Akzeptanz der Realität des Verlustes, Erleben des Trauerschmerzes, Anpassung an eine Umgebung ohne den Verstorbenen, Reorganisation der Beziehung zum Verstorbenen und Hinwendung zu aktuellen Lebensaufgaben.

Der Messzeitpunkt für die Befragung der Onlinestichprobe liegt überwiegend jenseits der Auflösungsphase (vgl. Bowlby, 1980; Parkes, 1972), in der die innere Beschäftigung mit dem verstorbenen Kind abnimmt und die Eltern wieder Interessen entwickeln und neue Bindungen eingehen, auch zu nachfolgend geborenen Kindern. Im Vergleich mit den Frauen der Onlinestichprobe erleben die Frauen der Klinikstichprobe mehr Trauer, mehr Verlustangst, aber weniger Ärger. Dies deutet auf die unterschiedlichen Phasen im Trauerprozess hin.

Aber auch in dem Modell von Horowitz et al. (1997) lassen sich die beiden Stichproben zeitlich und phänomenologisch einordnen. Die Onlinestichprobe hat ihren Kinderverlust bereits durchgearbeitet und zeigt bereits eine Anpassungsleistung.

Diese Unterschiede, in welcher Phase im Trauerprozess sich die jeweilige Stichprobe befindet, lassen sich auch gut in den Beschreibungen der beiden Stichproben wieder finden, darauf wurde an der entsprechenden Stelle bei der Darstellung der Ergebnisse hingewiesen. Gleiches spiegelt sich in der Zustimmung der Mütter zu den Items der Münchner Trauerskala wider. Die Mütter der Onlinestichprobe stimmen folgenden Items zu: Über 60 % trauern deutlich um das Baby, empfinden es ungerecht, das Baby verloren zu haben, vermissen das Baby. Über 50 % geben an, gut über den Verlust hinweggekommen zu sein. Ein Drittel hat Angst, noch einmal ein Baby zu verlieren, aber nur 10% haben Angst, keine Kinder mehr bekommen zu können, und über 60% haben keine Angst, keine Kinder mehr bekommen zu können, was daran liegt, dass viele Frauen der Onlinestichprobe nach ihrer Kindsverlusterfahrung bereits weitere Kinder bekommen haben. Über 40% schmerzt es nicht, Schwangere und Babies zu sehen. Fast 30 % finden keinen Halt in ihrem Glauben. Über 70 % geben an, jetzt genauer zu spüren, worauf es Ihnen im Leben wirklich ankommt und haben erkannt, dass es Menschen gibt, auf die sie wirklich zählen können. Über ein Drittel erlebt Jahrestags-Reaktionen. Im Gegensatz dazu trauern über 80% der Mütter der Klinikstichprobe deutlich um das Baby, alle vermissen es sehr. Über 66% haben Angst, noch mal ein Baby zu verlieren und gleich viele haben Angst, kein Kind mehr bekommen zu können. Über 60% geben an, jetzt genauer zu spüren, worauf es im Leben ankommt und über 80% stimmen zu, dass sie durch diese schmerzliche Erfahrung erkannt haben, dass es Menschen gibt, auf die sie wirklich zählen können. Ein Großteil beider Stichproben stimmt zu, genauer zu spüren, worauf es im Leben ankommt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Kachoyanos et al. (1993), auch wenn es in dieser Studie um den Verlust von Kindern im Schulalter ging, dass Eltern, die zwar einen Sinn des Todes ihres Kindes verneinen, die Werte in ihrem Leben jedoch seitdem grundsätzlich höher schätzen und in der Studie von Säflund et al. (2004) beschreiben sich die Eltern als demütiger und dankbarer und nun nichts mehr im Leben als selbstverständlich zu nehmen.

Für den Unterschied in der Variable „Fotos“ sind die Skalen Trauer und Verlustangst ausschlaggebend, d.h. Frauen, die Fotos haben, leiden unter größerer Trauer und höherer Verlustangst, als die, die keine haben. Fotos machen den Verlust sichtbar, führen vor Augen, was man verloren hat und worum man trauert. Der Unterschied

bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung ist zurückzuführen auf die Skala Ärger, d.h. Frauen in Behandlung spüren demnach mehr Ärger als die ohne Behandlung. Ärger tritt in der Phase der Realisation auf wie auch Verzweiflung und ist möglicherweise Anlass, eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen. Diskutiert wurde bereits in dem Abschnitt Partnerschaft über das Auftreten von Ärger.

Unterschiede scheinen sich bezüglich der Variablen „Gefühl von Abschied“ auf den Skalen Trauer und Schuld bemerkbar zu machen, indem die Frauen, die nicht das Gefühl empfinden, sich verabschiedet zu haben, höhere Trauerwerte erreichen als die, die ein solches Gefühl wahrnehmen. Weitere Kinder führen hingegen zu niedrigeren Werten auf der Skala Verlustangst als keine weiteren Kinder. Diese Effekte verschwinden durch die Zusammenfassung der einzelnen Skalen zu einem Trauergesamtwert, scheinen also besonders skalenspezifisch zu sein. Es ist nicht überraschend, dass weitere Kinder zu niedrigeren Werten auf der Skala Verlustangst führen, da die Angst, keine Kinder mehr zu bekommen, aufgehoben ist. Schuldhafte Verarbeitung kann den Trauerprozess verkomplizieren und damit einen Abschied bzw. ein Gefühl von Abschied behindern. Auch aus diesem Grund der möglichen schuldhaften Verarbeitung und der Auswirkung auf den Trauerprozess wurden bei der Stichprobengewinnung Eltern mit einem Kindsverlust nach einem Schwangerschaftsabbruch ausgenommen.

Bezüglich der Schwangerschaftswoche lässt sich nachweisen, dass die Frauen, die ihr Kind später verloren hatten, signifikant höhere Trauerwerte erreichten, als die, die es vor der 25. Woche verloren hatten. Auch zeigte sich eine signifikante Korrelation bezüglich der Skala Ärger. Je später die Frauen ihr Kind in der fortgeschrittenen Schwangerschaft verloren haben, umso größer war der Ärger. Damit konnte längere Dauer der Schwangerschaft als negativer Einflussfaktor auf den Trauerverlauf wie in den Untersuchungen von Feeley und Gottlieb (1988), LaRoche et al. (1982), Theut et al. (1989) und Toedter Lasker und Alhadeff (1988) bestätigt werden. Je weiter die Schwangerschaft fortschreitet, umso mehr Vorbereitungen auf das Kind finden statt. Auch liegt in der 25. Schwangerschaftswoche die Grenze zur Lebensfähigkeit des Kindes. Das Ankommen des Kindes wird zunehmend gewiss, entsprechend verständlich ist die Zunahme von Trauer und Ärger, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist.

Frauen, die Medikamente im Zusammenhang mit dem Kindsverlust zu sich nehmen, die keine weiteren Kinder haben und die, die das Gefühl empfinden, sich nicht verabschiedet zu haben, erreichen höhere Depressivitätswerte als die, für die das nicht gilt. Medikamente stellen einen Versuch der Bewältigung dar und scheinen gerade deshalb notwendig, weil das Erleben von Depressivität geprägt ist. Keine weiteren Kinder erhöhen die Angst, keine Kinder mehr bekommen zu können, was auch zu Neid und Verbitterung führen kann und eben zu erhöhten Depressivitätswerten. Ein Gefühl von Abschied wird eher mit Aussöhnung mit dem Verlorenen in Verbindung gebracht, die Verlusterfahrung konnte in das Leben integriert werden, was sich gegenteilig zu depressivem Erleben auswirkt.

#### **12.2.1. Der Einfluss von soziodemografischen Daten, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsumständen, Belastung, Partnerschaft, sozialer Unterstützung auf Trauererleben und Depressivität**

Die Variablen, für die ein Zusammenhang mit dem Trauer- bzw. Depressionsgesamt看 nachgewiesen werden konnte (Alter der Teilnehmerinnen, Schwangerschaftswoche, weitere Kinder, seit dem Verlust vergangene Zeit sowie die Variable Ansehen), sind nicht geeignet, den Depressionsgesamt看 vorherzusagen. Einfluss nimmt lediglich die Variable „weitere Kinder“. Das heißt, wenn weitere Kinder vorhanden sind, kommt es weniger zu depressiven Symptomen. Dies mag zum einen an den damit verbundenen Alltagsanforderungen und Aufgaben liegen, die mit Kindern und deren Versorgung verbunden sind, aber auch an der Freude und Dankbarkeit über ein lebendes Kind. Somit kann Kinderlosigkeit als negativer Einflussfaktor auf den Trauerverlauf wie in den Untersuchungen von Graham et al. (1987) oder Toedter, Lasker und Alhadeff (1988) bestätigt werden.

Alter der Teilnehmerinnen und Schwangerschaftswoche sind als Prädiktoren für den Trauergesamt看 geeignet. Längere Dauer der Schwangerschaft als negativer Einflussfaktor auf den Trauerverlauf konnte wie schon erwähnt bestätigt werden. Hingegen stehen die Ergebnisse bezüglich des Alters der TeilnehmerInnen im Gegensatz zu den Ergebnissen von Toedter, Lasker und Alhadeff (1988), die einen besseren Trauerverlauf für ältere Frauen festgestellt haben. Möglicherweise ist Alter konfundiert mit anderen Einflussfaktoren. Zum einen können ältere Frauen mehr Lebenserfahrung besitzen und bereits andere Verluste gemeistert haben, zum anderen brau-

chen jüngere Frauen biologisch weniger Befürchtungen haben, keine Kinder mehr bekommen zu können. Die Lebensperspektive des einzelnen könnte entscheidend sein.

An dieser Stelle soll noch einmal auf die Sicht von Seelsorgerin Bose hingewiesen werden, dass die Trauer auch bei frühen Fehlgeburten sehr groß sein kann und dass das respektiert werden sollte.

### **12.2.2. Erlebte Hilfen und Hindernisse im Trauerprozess**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Unterstützung durch den Partner und durch Freunde und den professionellen Gesprächsangeboten durch Hebammen, Ärzte und Frauenärzte, Psychotherapeuten und Seelsorgern sowie dem Austausch mit Betroffenen auch durch Literatur eine große Bedeutung bei der als hilfreich erlebten Begleitung im Trauerprozess zukommt. Ebenfalls wichtig ist Zeit und Raum für die Trauer, was die Beerdigung und die Grabstelle mit umfasst. Zu erwarten war, dass weitere Kinder, also auch nachfolgende Schwangerschaften, die zur Geburt eines lebenden Kindes führen, den Trauerprozess deutlich verändern.

Die hier berichteten Ergebnisse der betroffenen Eltern zur erlebten Unterstützung gehen mit den Ergebnissen aus anderen Studien konform. Wenig Unterstützung vom Partner bzw. wenig Unterstützung durch die soziale Umwelt als negativer Einflussfaktor auf den Trauerverlauf haben bereits Cuisinier et al. (1993), Forrest, Standish und Baum (1982), Friedman und Gath (1989), Kennell, Slyter und Klaus (1970), La-Roche et al. (1984), Laurell-Borulf (1982), Nicol et al. (1986), Toedter, Lasker und Alhadeff (1988) und Tudehope et al. (1986) festgestellt.

Hier soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass die emotionale Haltung des Arztes bzw. der Helfer entscheidend beeinflusst, wie sich der Trauerprozess für die Eltern gestaltet (Säflund et al., 2004, siehe auch Kirkley-Best & Kellner, 1982) und zwar positiv wie auch negativ. Das 1979 von Kellner entwickelte *Perinatal Mortality Counselling Program* (PMCP) wurde als optimale Unterstützung betroffener Eltern etabliert, um den einzelnen Helfer vor emotionaler Überlastung zu schützen. Die emotionale Überforderung des einzelnen, professionellen Helfers lässt unempathisches Verhalten als Distanzierungsversuch wahrscheinlich werden, was sich auch in unernsten oder gar abfälligen Bemerkungen zeigen kann. Gerade diese Sätze sind

es jedoch, die den Betroffenen noch lange im Ohr bleiben, wie es im Abschnitt zu der Frage, was hinderlich war, dargestellt ist. Es ist ein Ziel dieser Untersuchung, auf geeignete Maßnahmen hinzuweisen, die die Betroffenen unterstützen können.

### **12.3. Die Auswirkungen des Ansehens des toten Kindes auf das Trauererleben und auf Depressivität**

Von den 66 Frauen lagen nur bei 37 die Werte auf der Münchner Trauerskala vor, hingegen lagen bei 56 Frauen die Werte des Depressionsinventares vor, was daran liegen könnte, dass die Items des Depressionsinventars vor den Items der Münchner Trauerskala im Onlinefragebogen abgefragt wurden und einige TeilnehmerInnen keine Lust mehr zur weiteren Beantwortung zeigten bzw. auch keine Wichtigkeit dazu erkennen konnten. Einige Frauen haben z.B. angegeben: „die folgenden Fragen habe ich nicht ausgefüllt, weil ich zwischenzeitlich ganz woanders stehe, ich denke, ich habe die Verarbeitung geschafft.“

Die 27 Teilnehmerinnen, die ihr Kind gesehen hatten, erreichten auf der Münchener Trauerskala einen leicht höheren Gesamtwert als die 10 Frauen, die es nicht gesehen hatten. Bezogen auf den Depressionsgesamtwert war es genau umgekehrt. Die 43 Frauen, die ihr Kind gesehen hatten und für die die Werte des Depressionsinventars vorlagen, erreichten einen leicht niedrigeren Wert als die 13 Frauen der anderen Gruppe. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Die Frauen, die ihr Kind gesehen hatten, glichen in ihren Trauer- und Depressionswerten denen, die ihr Kind nicht gesehen hatten. Daran änderte sich auch nichts unter der Kontrolle der Variablen Zeit, obwohl sich die beiden Gruppen (gesehen, nicht gesehen) im Hinblick auf die seit dem Verlust vergangene Zeit signifikant unterscheiden. Eine Replikation der Ergebnisse von Hughes et al. ist also nicht möglich. Zum einen unterscheiden sich die Messinstrumente von Trauer und Depression zwischen dieser und der Studie von Hughes et al. (2002). Der emotionale Kontakt zu dem toten Kind, sein Anblick in der Abschiedssituation, löst natürlich Trauer und auch Schmerz aus. Das kann gut oder schlecht sein. Zum anderen unterscheiden sich die als relevant erachteten, erhobenen, Einfluss nehmenden Variablen. Auch die Teilstichproben dieser und der Studie von Hughes et al. sind für eine gewichtige Aussage in ihrer Größe nicht sehr überzeugend.

Die Frauen, die ihr Kind gesehen hatten, erreichten tendenziell höhere Werte auf der Skala Verlustangst der Münchner Trauerskala, als die, die ihr Kind nicht gesehen hatten. Durch das Ansehen des Kindes wird der Verlust des Kindes unmittelbar sichtbar und erfahrbar und in seiner Bedeutung bildhaft und begreifbar. Diese Skala beinhaltet folgende Items:

- „Ich habe Angst, noch mal ein Baby zu verlieren
- „Ich habe Angst, kein Kind mehr bekommen zu können“
- „Es ist ungerecht, dass ich mein Baby verloren habe“
- „Es schmerzt mich, Schwangere und Babies zu sehen“
- „Ich glaube, ich bin gut über den Verlust hinweggekommen“

Betrachtet man die Zustimmung der Mütter der Onlinestichprobe zu den Items, empfinden es über 60 % ungerecht, das Baby verloren zu haben. Über 50 % geben an, gut über den Verlust hinweggekommen zu sein. Fast 60 % haben Angst, noch mal ein Baby zu verlieren, aber nur ein Viertel hat Angst, keine Kinder mehr bekommen zu können und über 60% haben keine Angst, was sicher daran liegt, dass viele Frauen der Onlinestichprobe nach ihrer Kindsverlusterfahrung bereits weitere Kinder bekommen haben. Über 40% schmerzt es nicht, Schwangere und Babies zu sehen.

Bei der freien Meinungsäußerung am Ende des Onlinefragebogens gaben 10 Mütter von sich aus an, große Ängste in der nachfolgenden Schwangerschaft gehabt zu haben. Somit kommt der Aussage „Ich habe Angst, noch mal ein Baby zu verlieren“ eine besondere Bedeutung zu. Auch über 60% der Mütter der Klinikstichprobe haben Angst, noch mal ein Baby zu verlieren und kein Kind mehr bekommen zu können. Dies ist jedoch nur in dem gebärfähigen Alter von großer Bedeutung. In der theoretischen Einleitung wurde schon darauf hingewiesen, dass Frauen nach einer Totgeburt in der Folgeschwangerschaft gehäuft unter Angstsymptomen leiden (Armstrong & Hutti, 1998, zitiert nach Kersting et al., 2008), was die Mutter-Kind-Bindung an das nachfolgende Kind beeinträchtigen kann (Kersting et al., 2008) und zu desorganisiertem Bindungsverhalten der nachfolgenden Kinder führen kann (Hughes, Turton & Evans, 2002). Daher wird eine Begleitung bei einer erneuten Schwangerschaft empfohlen (Säflund, Sjögren & Wredling, 2004; siehe auch Wollenstein & Rohde, 2007).

Nach Geller et al. (2004) und Lee und Slade (1996, zitiert nach Scheidt et al., 2007) besteht in den ersten 6 Monaten ein erhöhtes Risiko für Angststörungen.



### **12.3.1. Zusammenhänge zwischen dem Ansehen des toten Kindes mit soziodemografischen Daten, Daten zum Schwangerschaftsverlauf und den Geburtsumständen, dem Gefühl von Abschied, Unterstützung im Trauerprozess, Belastung, Partnerschaft, Trauer, Depressivität**

Die Richtung weist durchgehend auf eine empfundene Bereicherung für die Mütter hin, die ihr Kind gesehen haben. Folgende starke Zusammenhänge lassen sich nachweisen:

Die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, waren eher der Meinung, dass es auch gut so war, wie sie es gemacht hatten, gaben häufiger an, dass sie sich selbst überlegen konnten, ob sie ihr Kind sehen möchten, und hatten eher das Gefühl, sich bereits verabschiedet zu haben, als die Mütter, die ihr Kind nicht gesehen hatten. Es ist zu vermuten, dass der Anblick des toten Kindes die Realität in den Mittelpunkt rückt, auch im Angesicht des Todes sind die Mütter bei ihren Kindern. Die Verbindung dieser gegensätzlichen Situation, bei dem Kind zu sein und es loslassen zu können, ist dadurch erst möglich. Auch ein gelungener Trauerprozess zeichnet sich dadurch aus, die Erinnerung wach halten zu können, ohne sich von ihr gefangen nehmen zu lassen.

Bezüglich der Fotos war es so, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen hatten, überzufällig häufig Fotos von ihrem Kind ausgehändigt bekamen und nur wenige angaben, dass kein Foto gemacht wurde, während die Mütter, die ihr Kind nicht gesehen hatten, überzufällig häufig berichteten, dass keine Fotos gemacht wurden. Dies könnte daran liegen, dass es keine Möglichkeit gab, das Kind zu sehen und deshalb auch keine Möglichkeit bestand, Fotos zu machen, es könnte auch daran liegen, dass der Verlust des Kindes vergessen werden soll im Sinne von Verdrängung und dass deshalb auf Fotos verzichtet wurde.

Weitere Zusammenhänge lassen sich in folgender Richtung feststellen:

Frauen, die ihr Kind gesehen haben, sind häufiger der Meinung, es wunschgerecht beerdigt zu haben als Frauen, die es nicht gesehen haben, und haben häufiger an Hilfsangeboten teilgenommen. Frauen, bei denen Erschwernisse für den Anblick ihres Kindes vorlagen, haben ihr Kind häufiger nicht gesehen. Aber gerade in diesem Fall, wenn Erschwernisse für den Anblick des Kindes vorliegen, ist es äußerst schwierig für die Mütter, das Richtige zu tun, d.h. sich für oder gegen das Ansehen

des Kindes zu entscheiden. Mehr Mütter als erwartet, bei deren Kind Erschwernisse für den Anblick vorlagen, waren der Meinung, dass es nicht gut war, wie sie es gemacht haben. Weniger Mütter als erwartet, bei deren Kind Erschwernisse für den Anblick vorlagen, waren der Meinung, dass es gut war, wie sie es gemacht haben. In diesem Fall ist eine Beratung der Eltern und ein abgestimmtes Vorgehen sehr wichtig. So wird häufig nur das Gesicht des in eine Decke gewickelten Kindes gezeigt und nach Rücksprache mit den Eltern weiter aufgedeckt.

### **12.3.2. Die Bedeutung des eigenen elterlichen Wunsches, das Kind zu sehen/ nicht zu sehen auf Trauererleben und Depressivität**

Die Bedeutung des elterlichen Wunsches, das Kind zu sehen als Auswirkung auf das Trauererleben und auf Depressivität konnte nicht nachgewiesen werden. Gleichwohl legt die deskriptive Beschreibung der Erfahrungen der Eltern den eigenen Wunsch als bedeutsam für die Gestaltung des Trauerprozesses nahe. Fast 70% der Frauen der Onlinestichprobe sind aus eigenem Wunsch zu der Entscheidung gekommen, ihr Kind anzusehen. Bei über 80% der Mütter der Klinikstichprobe war es ihr eigener Wunsch. Bei 80% der Väter beider Stichproben war es der eigene Wunsch, das Kind zu sehen. Weder die Mütter der Klinikstichprobe, noch die Mütter der Onlinestichprobe sind zu der Entscheidung gedrängt worden, ihr Kind zu sehen. Ein Vater der Onlinestichprobe fühlte sich allerdings zu der Entscheidung gedrängt. Für die absolute Mehrheit der Mütter und Väter ist es der eigene Wunsch gewesen, das Kind zu sehen. Auf der anderen Seite kann der Rat des Arztes oder der Hebamme auch zur eigenen richtigen Entscheidung führen. Problematisch wäre sicherlich für die Praxis, die Eltern gegen ihren Willen zu überreden, wollte man die Empfehlung der Studie von Hughes et al. umsetzen. Überreden kann in beide Richtungen als problematisch angenommen werden, auch wenn die Eltern zum Ansehen des Kindes überredet werden, was in der Studie von Hughes auch diskutiert wurde.

### **12.3.3. Die Bedeutung der Entscheidungsmöglichkeit für bzw. gegen das Ansehen des Kindes im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität**

Die Bedeutung der Entscheidungsmöglichkeit, das Kind zu sehen als Auswirkung auf das Trauererleben und auf Depressivität konnte nicht nachgewiesen werden.

Gleichwohl legt die deskriptive Beschreibung der Erfahrungen der Eltern die Möglichkeit zur Entscheidung als bedeutsam für die Gestaltung des Trauerprozesses nahe. Über 80% der Mütter der Onlinestichprobe und alle Mütter der Klinikstichprobe, sowie alle Väter beider Stichproben hatten eine Entscheidungsmöglichkeit, ob sie ihr Kind sehen möchten. Lediglich 8,2% der Frauen der Onlinestichprobe gaben an, nicht danach gefragt worden zu sein, ob sie ihr Kind sehen wollten, wobei dabei nicht erfasst wurde, ob überhaupt eine Notwendigkeit dazu bestand. Tatsächlich geht es hierbei doch um die erlebte Wahlfreiheit, die sich nicht unbedingt an expliziten Fragen oder konkreten Situationen festmachen lässt. Dass fast ein Drittel der Mütter der Onlinestichprobe bereits vor der Geburt gefragt wurde, ob sie ihr Kind sehen möchten, deutet auf die bereits vorhandene Umsichtigkeit der professionellen Helfer hin. Die Wichtigkeit der Entscheidungsmöglichkeit konnte nicht nachgewiesen werden, gleichwohl muss eine vorhandene Entscheidungsmöglichkeit als bedeutsam für das Trauererleben angenommen werden.

#### **12.3.4. Die Bedeutung einer Beratung zu dieser Entscheidung im Hinblick auf Trauererleben und Depressivität**

Die Bedeutung einer Beratung zu dieser Entscheidung als Auswirkung auf das Trauererleben und auf Depressivität konnte nicht nachgewiesen werden. Gleichwohl legt die deskriptive Beschreibung die Beratung unter bestimmten Umständen als bedeutsam für die Gestaltung des Trauerprozesses nahe. Die Hälfte der Mütter der Onlinestichprobe hat eine Beratung erhalten, die andere Hälfte nicht. Drei der sechs Mütter der Klinikstichprobe haben eine Beratung erhalten, eine nicht, zwei haben sich dazu nicht geäußert. Von den Vätern, die eine Beratung erhalten haben zu der Entscheidung, ob sie ihr Kind ansehen möchten, waren alle damit zufrieden, von den Müttern fast alle. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass nicht unbedingt eine Notwendigkeit zu einer Beratung bestand, weil die Mütter bzw. Eltern die Entscheidung bereits aus eigener Überlegung getroffen hatten oder weil Unsicherheiten überwiegend im Fall von Erschwernissen für den Anblick des Kindes auftreten. Es ist also kein Zeichen mangelnder Unterstützung, wenn keine Beratung stattgefunden hat, hingegen wäre eine aufgedrängte Beratung ein Zeichen mangelnder Empathie.

Wie in der Studie von Säflund et al.(2004) herausgearbeitet werden konnte, wurde ein Mangel an Information und Unsensibilität von den Eltern am häufigsten kritisiert.

Auch die Art und Weise, wann den Eltern welche Informationen gegeben werden, können den Trauerprozess entscheidend beeinflussen. Beraten meint eher eine flexible, auf die Bedürfnisse der Eltern bezogene (Zurück-)Haltung, die von Sensibilität und Geduld geprägt ist. Die (wahrgenommene) Unterstützung der Eltern im Allgemeinen und ein vertrauensvoller Umgang bestimmen maßgeblich den weiteren Trauerverlauf. Die Wichtigkeit eines Beratungsgespräches konnte in dieser Untersuchung nicht nachgewiesen werden. So wie die Überprüfung in dieser Untersuchung konzipiert war, konnte die Bedeutung der hilfreichen, unterstützenden und beratenden Haltung der Professionellen auch nicht erfasst werden, da Beraten mehr ist als ein einzelnes, abgegrenztes Gespräch. Gleichwohl kann die Wichtigkeit angenommen werden, vor allem bei Unsicherheit und Unaufgeklärtheit der Eltern.

#### **12.4. Können die Ergebnisse der Studie von Hughes, Turton, Hopper und Evans repliziert werden?**

Zuerst soll die Sicht der betroffenen Eltern zu der Frage nach dem erlebten Ansehen des Kindes dargelegt werden. Alle Mütter der Klinikstichprobe haben ihr Kind gesehen, alle antworteten, dass es gut so war, alle bejahen die Aussage, dass es geholfen hat, das Kind zu sehen. Fast 80% der Mütter der Onlinestichprobe haben ihr Kind gesehen. Bis auf eine Mutter, bei der besondere, dies erklärende Umstände vorlagen und die heute den Abschied zu ihrem Kind anders gestalten würde, haben alle geantwortet, dass es gut so war und dass es geholfen hat, das Kind zu sehen. Alle Väter beider Stichproben haben ihr Kind gesehen und antworteten, dass es gut so war, fast alle bejahen die Aussage, dass es geholfen hat, das Kind zu sehen, mit Ausnahme eines Vaters der Onlinestichprobe, der antwortete: „es ist mir eigentlich egal gewesen, auch ohne Ansehen hätte ich den Verlust verarbeitet“. Von den über 20% der Mütter der Onlinestichprobe, die ihr Kind nicht gesehen haben, antwortete die absolute Mehrheit, dass es nicht gut so war. Außerdem gibt es einen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger auch überlegen konnten, ob sie ihr Kind sehen wollten, bei der absoluten Mehrheit auch der Väter war es der eigene Wunsch. So gesehen ist die Aussage der Eltern sehr deutlich und lässt sich wie folgt zusammenfassen: Es war eine freie, gute, hilfreiche Entscheidung, das Kind zu sehen. Allerdings kann im Nachhinein häufig eine Entscheidung positiv bewertet werden, um sie nicht in Frage stellen zu müssen. Außerdem gibt es auch ei-

nen Zusammenhang, dass die Mütter, die ihr Kind gesehen haben, häufiger das Gefühl haben, sich bereits verabschiedet zu haben, häufiger ihr Kind nach den eigenen Wünschen beerdigen konnten. Es bleibt, dass sich die Entscheidung richtig *anfühlen* muss. Auf der anderen Seite konnte in dieser Untersuchung auch nicht belegt werden, dass die Eltern, die ihr Kind gesehen haben, einen Nachteil erlitten hätten. Die Frauen, die ihr Kind gesehen hatten, glichen in ihren Trauer- und Depressionswerten denen, die ihr Kind nicht gesehen hatten. Allerdings scheint es äußerst schwierig zu sein für die Mütter, das Richtige zu tun, wenn Erschwernisse für den Anblick ihres Kindes vorliegen.

### 12.5. Konsequenzen für die Praxis

Da der überwiegende Teil der Eltern sein Kind gesehen hat, zeigt dies, wie sich die gängige Praxis im Umgang mit dem toten Kind seit den 80er Jahren verändert hat. Die Haltung: Was man gesehen hat, kann man eher betrauern, hat sich aus der klinischen Erfahrung durchgesetzt. Es geht um die Anerkennung des Verlustes eines Kindes und den würdevollen Abschied. So ist es Standard geworden, von dem Kind grundsätzlich Fotos zu machen. Die Eltern werden heutzutage eher ermutigt, ihr Kind anzusehen. Diese Vorgehensweise wird durch die Ergebnisse der Studie von Hughes et al. (2002) in Frage gestellt. Aus den Ergebnissen wurde die gegenteilige Empfehlung abgeleitet, dass es für die Eltern besser ist, ihr Kind nicht anzusehen. Diskutiert wurde von Hughes et al. auch, dass die Ergebnisse u.a. auf eine rigide, einseitige Beratungspraxis zurückgeführt werden können.

Ziel dieser Studie war, durch die Untersuchung möglicher Einfluss nehmender Faktoren auf das Trauergeschehen ein Angebot zu erstellen, das den Trauerverlauf positiv beeinflussen kann oder Maßnahmen zu finden, um den Prozess günstig zu gestalten. Insgesamt kann gesagt werden: Man muss vorsichtig und behutsam sein; es gibt keinen obligatorischen Rat. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass der Trauerprozess sehr individuell verläuft und somit auch eine individuelle Beratung notwendig ist. Die betroffenen Eltern müssen *für sich* eine Entscheidung bezüglich des Kontaktes zu ihrem toten Kind treffen können, mit der es ihnen am hilfreichsten erscheint, in ihrem weiteren Leben mit dieser Verlusterfahrung zurechtzukommen. Durchschnittsempfehlungen und Patentrezepte kann es nicht geben. Man kann durch die Studie von Hughes et al. begrüßen, dass die gängige Praxis hinterfragt wird und man so

wieder seine eigene Position neu festigen kann. Aber Beratung muss immer ergebnisoffen sein! Die Beratungs- und Umgangspraxis der professionellen Helfer zeigt erfreulich, dass sich die Eltern nicht gedrängt gefühlt haben.

Die Ergebnisse der Studie von Hughes et al. lassen sich nicht replizieren, die aus der Untersuchung abgeleitete einspurige Empfehlung, das Kind besser nicht anzusehen, erscheint nicht sinnvoll, sondern problematisch, da sie ebenfalls zu einer rigiden Beratungspraxis führt.

Als weitere Konsequenz für die Praxis sollten vermehrt Angebote für die Begleitung von Frauen in nachfolgenden Schwangerschaften geschaffen werden. Die Verlustangst der Frauen in nachfolgenden Schwangerschaften, wie sie sich auch in dieser Untersuchung zeigen lässt, und ihre Auswirkung auf nachfolgende Kinder ist bekannt. Die Wichtigkeit einer Begleitung steht außer Frage. Aber wo finden Betroffene überhaupt ein unterstützendes Angebot? Mal mag es die kompetente Hebamme sein, mal ein verständnisvoller Gynäkologe, mal ein Psychotherapeut. Angesichts der Prävalenz von Kindsverlusten sollte es nicht das Problem des Einzelnen sein, Hilfe zu suchen. Es sollte auch nicht nur das einzelne Engagement der Professionellen sein. Ein Perinatal Mortality Counselling Program (Kellner, 1981), wie es von Kellner entwickelt und evaluiert wurde, bleibt in Deutschland noch ein Wunschtraum: Die Koordination zwischen allen Beteiligten in der akuten Trauerphase, um den vielfältigen Problemen gerecht werden zu können, der Schutz des einzelnen Helfers vor emotionaler Überlastung und die zusätzliche Angliederung der Begleitung in Folgeschwangerschaften.

## 12.6. Grenzen und methodische Probleme

Zu nennen ist hier die Selektivität der Stichprobe. Möglicherweise nehmen die Frauen nicht teil, bei denen der Trauerverlauf problematisch gewesen wäre, da sie nicht an das Ereignis erinnert werden wollen. Auch ist natürlich die Auswahl von Lesern der Zeitschrift *Brigitte* nicht repräsentativ für alle Frauen, die Mutter geworden sind und ein Kind prä- und perinatal verloren haben.

Grundsätzlich problematisch sind Online Befragungen, da die TeilnehmerInnen meist aus dem höheren Bildungsstand kommen. Die Werbung zur Teilnahme an der Studie erfolgte über die Zeitschrift *Brigitte online*.

Die geringe Stichprobengröße, wie sie sich in Teilstichproben oder der Väterstichprobe wieder findet, schränkt die Auswertungen und Aussagen ein.

Es lassen sich keine Aussagen zu dem Trauerprozess von Vätern machen, somit auch nicht zu dem Trauerprozess von Eltern. Zu gering ist die Stichprobe. Von geschlechtsspezifischen Unterschieden im Umgang und Ausdruck von Trauer muss ausgegangen werden. Gerade auf diesen Unterschied kann auch die geringe Teilnahme der Väter zurückgeführt werden. Interessant wäre gewesen, wie sich die Unterschiede in dieser Untersuchung an den hier erhobenen Einflussfaktoren dargestellt hätten.

Der Zeitpunkt des Verlusterlebnisses variiert stark. Es nehmen Frauen in verschiedenen Trauerphasen teil, was eine Vergleichbarkeit schwierig erscheinen lässt. Unter diesem Aspekt wäre eine Längsschnittuntersuchung wünschenswert, die aber zeit- und kostenintensiv ist.

Die Frage, welche Faktoren Einfluss auf den Trauerverlauf nehmen, kann ohne eine Verlaufsmessung nicht korrekt beantwortet werden. Die Umsetzung der ursprünglich geplanten Verlaufsmessung mit zwei Messzeitpunkten ist leider aus den bereits dargestellten Gründen nicht möglich gewesen. Hinzu kommt der Nachteil retrospektiver Studien, worauf bereits Janssen et al. (1997) hingewiesen haben, dass in der Rückschau kaum Aussagen über den Zustand im Vorfeld gemacht werden können und dass der Einfluss der zwischenzeitlichen Erfahrung des Kindsverlustes nicht berücksichtigt wird. Die Studien sind jedoch durch die zwischenzeitliche Erfahrung gefärbt und damit fehlerbehaftet. Prospektive Längsschnittstudien wie bei Janssen et al. (1997) und Toedter, Lasker und Campbell (1990) bieten hier eine gewinnbringende Alternative.

Auch diese Untersuchung unterliegt den Schwierigkeiten, die die Differentialdiagnostik von Trauer mit sich bringt, wie sie in der theoretischen Einführung ausführlich dargestellt wurde. Diese Schwierigkeit spiegelt sich natürlich auch in der Wahl der Messinstrumente wider. Erschwerend wirkt sich in dieser Untersuchung aus, dass standardisierte Messinstrumente, mit Ausnahme der Münchner Trauerskala, nicht eingesetzt werden konnten. Eine Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen z.B. im Hinblick auf die symptomatische Darstellung von Trauer ist daher nur tendenziell und unter Zurückhaltung möglich. Dieses betrifft auch die Frage nach der Replizierbarkeit der Ergebnisse aus der Studie von Hughes et al.

## 12.7. Weitere Forschung

Nur wenige Frauen haben ihr Kind nicht gesehen und nur wenige waren damit zufrieden. Was waren die Beweggründe für diese Entscheidung, sofern es eine Entscheidung hierzu gab? Unter welchen Umständen fühlte es sich für die Frauen richtig an, ihr Kind nicht zu sehen? Ist es z.B. ein Einzelfall, bei dem das Geschwisterkind überlebte und sich die Mutter klar gegen das Ansehen des verstorbenen Kindes entschieden hatte. Oder ist es hauptsächlich an Erschwernissen für den Anblick des toten Kindes festzumachen? Eine Antwort auf diese Frage könnte die Qualität der ergebnisoffenen Beratung der Eltern erhöhen.

Da Internet-gestützte Psychotherapie durchaus dazu geeignet ist, eine signifikante Reduktion der Symptomaten wie Depression, psychosomatische Beschwerden, Angsterkrankungen, Substanzabhängigkeit und pathologische Trauer zu bewirken, bleiben längere Katamnesen abzuwarten (Kersting et al., im Druck). Außerdem können neben Müttern und Vätern mit einem prä- und perinatalen Kindsverlust hier auch Eltern mit einem perinatalen Kindsverlust aufgrund eines medizinisch indizierten Abbruches in der Spätschwangerschaft Hilfe finden. Es bleibt zu hoffen, dass sich diese Angebote nach weiteren Veröffentlichungen sowohl der konkret benutzten Behandlungsmanuale als auch der Wirksamkeitsnachweise in der Praxis auch weiter durchsetzen werden.

Wie schon im Hinblick auf die methodischen Probleme angedeutet und von Kersting et al. (2001) bereits festgestellt wurde, sind weitere empirische Untersuchungen notwendig, um pathologische Trauer und entsprechende Subgruppen zu erfassen und von einer Depression oder posttraumatischen Belastungsstörung abzugrenzen. Hierzu fehlen geeignete Messinstrumente. Außerdem sollte die Weiterentwicklung theoretischer Konzepte in konkrete Behandlungskonzepte münden.



## 12.8. Fazit

So individuell und facettenreich Trauer ist, beeinflusst von geschlechtsspezifischen Unterschieden, so schwer ist auch ihre Erfassung und Messung. Aber nicht nur deshalb ist die Thematik komplex. Die Trauer nach dem Verlust eines Kindes ist eine hoch emotionale Thematik, die gerade deshalb zu Abwehr und Distanzierung einlädt. Die bedrohliche Hilflosigkeit spüren Betroffene und Professionelle und eben alle, die sich dieser Thematik zuwenden. Dies zeigt sich nicht zuletzt an der ungeeigneten Versachlichung z. B. durch die Benutzung bestimmter Termini in der Fachliteratur oder auch an der beschriebenen Schwierigkeit der Stichprobenrekrutierung.

Angeichts der komplexen Thematik kann es auch keine Durchschnittsempfehlungen zum Umgang mit dem toten Kind geben. Die Ergebnisse der Studie von Hughes et al. lassen sich nicht replizieren. Man kann durch die Studie von Hughes et al. begrüßen, dass die gängige Praxis hierzu hinterfragt wird und man so wieder seine eigene Position neu festigen kann, aber die aus der Untersuchung abgeleitete einspurige Empfehlung, das Kind besser nicht anzusehen, erscheint nicht sinnvoll, sondern problematisch. Die Beratung muss immer ergebnisoffen sein! Das umfasst auch die Ermutigung, das Kind anzusehen oder die Erlaubnis, das Kind nicht anzusehen, in Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Eltern. Die Beratungs- und Umgangspraxis der professionellen Helfer zeigt erfreulich, dass sich die Eltern nicht gedrängt gefühlt haben.

Ein Perinatal Mortality Counselling Program, wie es von Kellner entwickelt und evaluiert wurde, bleibt noch ein Wunschtraum in Deutschland: die Koordination zwischen allen Beteiligten in der akuten Trauerphase, um den vielfältigen Problemen gerecht werden zu können, der Schutz des einzelnen Helfers vor emotionaler Überlastung und die zusätzliche Angliederung der Begleitung in Folgeschwangerschaften.

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (Ed.) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armstrong, D. & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: The relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynaecology, and Neonatal Nursing*, 27, 183-189.
- Beck, A. T. (1993). *BDI, Beck-Depressions-Inventar*. Ort: Hans Huber Verlag.
- Benfield, D. G., Leib, S. A. & Vollman, J. H. (1978). Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics*, 62, 171-177.
- Beutel, M. (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes*. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Beutel, M., Deckhardt, R., Schaudig, K. & Rolvering, M. (1993). Chronische Trauer nach einem Spontanabort: Ergebnisse einer Längsschnittstudie nach 13 Monaten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43, 411-419.
- Beutel, M. (1994). Besonderheiten und Chancen der Psychotherapie nach Spontanabort. *Psychotherapeut*, 39, 10-16.
- Beutel, M. (1995). Verarbeitung von Spontanabort und Totgeburt in der Partnerschaft. *Psychotherapeut*, 40, 291-297.
- Beutel, M., Weiner, H., Will, H., Völkl, K. & Rad, M. von (1995a). Erfassung von Trauer am Beispiel des Verlustes einer Schwangerschaft: Entwicklung und erste Ergebnisse zur Validität der Münchner Trauerskala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, 295-302.
- Beutel, M., Kruse-Isingschulte, M., Hahlweg, B. & Stauber, M. (1995b). Verarbeitung einer Totgeburt: Komplikationen, Risikomerkmale und Möglichkeiten ärztlicher Hilfen. *Therapeutische Umschau*, 52, 114-118.
- Beutel, M., Deckardt, R., von Rad, M. & Weiner, H. (1995c). Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents and course. *Psychosomatic Medicine*, 57, 517-526.
- Boelen, P. A., van den Bout, J. & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1229-1241.

- Boerner, R. J. (2006). Diagnose und Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Welche Konzepte sind wirklich evidenzbasiert? *Der Neurologe und Psychiater*, 6, 28.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben* (2. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss (Vol. 3). Loss: Sadness and depression*. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Bowles, S., James, L., Solursh, D., Yancey, M., Epperly, T., Folen, R. & Masone, M. (2000). Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *American Family Physician*, 61, 1689-1697.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In R. Yehuda (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 1-30). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Brown, J. T. & Stoudemire, G. A. (1983). Normal and pathological grief. *Journal of the American Medical Association*, 250, 378-382.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2002). *Erweiterte Datenanalyse mit SPSS: Statistik und Data Mining*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Carrera, L., Diez-Domingo, J., Montanana, V. Sancho, J., Minguez, J. & Monleon, J. (1998). Depression in women suffering perinatal loss. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 62, 149-153.
- Chambers, H. M. & Chan, F. Y (2004). Support for women/ families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): CD 000452.
- Chung, P. H. & Yeko, T. R. (1996). Recurrent miscarriage: Causes and management. *Hospital Practice*, 31, 157-164.
- Clarke, M. & Williams, A. J. (1987). Depression in woman after perinatal death. *Lancet*, 1, 916-917.
- Clayton, P. (1979). The sequelae and nonsequelae of conjugal bereavement. *American Journal of General Psychiatry*, 136, 1530-1534.
- Condon, J. T. (1986). Management of established pathological grief reaction after stillbirth. *American Journal of Psychiatry*, 143, 987-992.
- Cogle, J. R., Reardon, D. C. & Coleman, P. K (2003). Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Doc Check*, 9, 105-112.

- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crosgrove, L. (2004). The aftermath of pregnancy loss: A feminist critique of the literature and implications for treatment. *Woman and Therapy*, 27, 107-122.
- Cuisinier, M. C. J., Kuijpers, J. C., Hoogduin, C. A. L., de Graauw, C. P. H. M. & Janssen, H. J. E. M. (1993). Miscarriage and stillbirth: Time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 52, 163-168.
- De Frain, J., Martens, L., Stork, J. & Stork, W. (1990). The psychological and social effects of stillbirth on surviving family members. *Omega: Journal of Death and Dying*, 22, 83-110.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Deutsch, H. (1945). The psychology of women: A psychoanalytic interpretation. New York: Grune & Stratton.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Bern: Hans Huber.
- Ditz, S. (2001). Betreuung von Frauen mit einer Totgeburt. *Der Gynäkologe*, 3, 212-219.
- Dorner, S. & Atwell, J. D. (1985). Family adjustment to the early loss of a baby born with spina bifida. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 27, 461-466.
- Durkheim, E. (1987). *Suicide: A study in sociology*. Glencoe, IL: Free Press. (Original work published 1951).
- Engelhardt, I. M., Hout, M. A. van den & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.
- Feeley, N. & Gottlieb, L. N. (1988). Parent's coping and communication following their infants death. *Omega*, 19, 51-67.
- Forrest, G. C., Standish, E. & Baum, J. D. (1982). Support after perinatal death: A study of support after perinatal bereavement. *British Medical Journal*, 285, 1475-1479.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R - Die Symptomcheckliste von L.R. Derogatis* (2. vollst. überarb. & neu norm. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The complete psychological works of Sigmund Freud* (pp.152-170). London: Hogarth Press. (Original work published 1917).

- Frick-Bruder, V. & Schütt, E. (1992). Zur Psychologie des männlichen und weiblichen Kinderwunsches. *Psychotherapie, Psychosomatik & Medizinische Psychologie*, 42, 221-227.
- Friedman, T. & Gath, D. (1989). The psychiatric consequences of spontaneous abortion. *British Journal of Psychiatry*, 155, 810-813.
- Gallagher-Thompson, D., Futterman, A., Farberow, N., Thompson, L. W. & Peterson, J. (1993). The impact of spousal bereavement on older widows and widowers. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 227-239). Cambridge, MA: University Press,.
- Geller, P., Kerns, D. & Klier, C. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 35-45.
- Goldbach, K. R. C., Dunn, D. S., Toedter, L. J. & Lasker, J. N. (1991). The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 461-467.
- Graham, M. A., Thomson, S. C., Estrada, M. & Yonekure, M. L. (1987). Factors affecting psychological adjustment to a fetal death. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 157, 254-257.
- Grossmann, K. (1988). Trauerarbeit nach Verlust des Kindes. In H.J. Prill, M. Stauber & A. Teichmann (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1987* (S. 32-47). Berlin: Springer.
- Green, B. L., Grace, M. C. & Gleser, G. L. (1985). Identifying survivors at risk: Long-term impairment following the Beverley Hills Supper Club fire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 672-678.
- Hagman, G. (1996). The role of the other in mourning. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 327-352.
- Hahlweg, K. (1996). *FPD Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Helferich, C. (Hrsg.). (2002). *Frauen leben: Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung Köln.
- Hofmann, A. (1996). EMDR. Eine Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 41, 368-373.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, M. D. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.

- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A. & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Weiss, D. S., DeWitt, K. N. & Rosenbaum, R. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions. The relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.
- Hughes, P., Turton, P. & Evans, C. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: A cohort study. *British Medical Journal*, 318, 1721-1724.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E. & Evans, C. D. H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *Lancet*, 360, 114-118.
- Hunfeld, J. A., Wladimiroff, J. W. & Passchier, J. (1997). Prediction and course of grief four years after perinatal loss due to congenital anomalies: A follow-up study. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 85-91.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, N., Müller, M., Pfister, H. & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mutual disorders in the general population: Results from German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobs, S. C. (1987). Measures of the psychological distress of bereavement. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement* (pp. 127-138) Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Jacobs, S. C. & Douglas, L. (1979). Grief: A mediating process between a loss and illness. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 165-175.
- Jacobs, S., Hansen, F., Berkman, L., Kasl, S. & Ostfeld, A. (1989). Depressions of bereavement. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 218-224.
- Janssen, H. J. E. M., Cuisinier, M. C. J., de Graauw, K. P. H. M. & Hoogduin, K. A. L. (1997). A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Archives of General Psychiatry*, 54, 56-61.
- Kachoyeanos, M. K. & Selder, F. (1993). Life transitions of parents at the unexpected death of a school age or older child. *Journal of Pediatric Nursing*, 18, 41-49.
- Khashan, A. S., Abel, K. M., Mc Namee, R., Pedersen, M. G., Webb, R. T., Baker, P. N., Kenny, L. C. & Mortensen, P. B. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives of General Psychiatry*, 65 (2), 146-152.

- Kersting, A., Fisch, S., Suslow, T., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2003). Messinstrumente zur Erfassung von Trauer: Ein kritischer Überblick. *Psychotherapie, Psychosomatik & Medizinische Psychologie*, 53, 475-484.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E. & Arolt, V. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 26, 9-14.
- Kersting, A. (2005). Trauern Frauen anders als Männer? Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverhalten nach dem Verlust eines Kindes. *Psychotherapeut*, 50, 129-132.
- Kersting, A. (2006). Trauer nach dem Verlust eines Kindes während oder kurz nach der Geburt. In A. Rhode & A. Marneros (Hrsg.), *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 533-541). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kersting, A. (2007a). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverlauf. *Psychodynamische Psychotherapie*, 6 (1), 39-46.
- Kersting, A. (2007b). Internet als zukünftiges Therapie-Tool? *Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie, Sonderausgabe*, 7.
- Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P., Schütt, K., Wesselmann, U., Rothermund, M., Suslow, T. & Arolt, V. (2001). Traumatische Trauer – Ein eigenständiges Krankheitsbild? *Psychotherapeut*, 46, 301-308.
- Kersting, A., Roestel, C. & Kroker, K. (2008). Die Verarbeitung von Trauer nach einer Totgeburt. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2, 69-73.
- Kersting, A. (2009). *(Fast) jedem Abschied folgt ein Anfang*. Unveröffentlichtes Manuskript. Seminar im Rahmen der 38. Langeooger Fortbildungswochen Psychotherapie.
- Kersting, A. & Rhode, A. (2005). *Kurzinterventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines toten Kindes*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Kellner, K. (1981). Perinatal mortality counselling program for families who experience a stillbirth. *Death Education*, 5, 29-35.
- Kennell, J. H., Slyter, H. & Klaus, M. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *The New England Journal of Medicine*, 283, 344-349.
- Kim, K. & Jacobs, S. (1991). Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 21, 257-263.
- Kirkley-Best, E. & Kellner, K. (1982). The forgotten grief: A review of the psychology of stillbirth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 420-429.

- Klaus, A. & Lilienfeld, A. (1959). Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *Journal of Chronic Diseases*, 10, 207-217.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 125-153.
- Korenromp, M. J., Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Bilardo, C. M., Offermans, J. P. M. & Visser, G. H. A. (2005). Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: Similarities and differences between partners. *Prenatal Diagnosis*, 25, 1226-1233.
- Lake, M. F., Johnson, T. M., Murphy, J. & Knuppel, R. A. (1987). Evaluation of a perinatal grief support team. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 157, 1203-1206.
- LaRoche, C., Laliniec-Michaud, M., Engelsmann, F., Fuller, N., Copp, M. & Vassilevsky, K. (1982). Grief reactions to perinatal death: An exploratory study. *Psychosomatics*, 23, 510-518.
- LaRoche, C., Laliniec-Michaud, M., Engelsmann, F., Fuller, N., Copp, M. & McQuade-Soldatos, L. (1984). Grief reactions to perinatal death: A follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 14-19.
- Lasker, J. N. & Toedter, L. J. (1991). Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 510-522.
- Laurell-Borulf, Y. (1982). Longterm adjustment after an emotional crisis. In AUTOR? (Hrsg.), *Krislosning i langtidsperspektive* (S. 157-167). Lund, Sweden: VERLAG.
- Lee, C. & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 235-244.
- Lewis, E. & Page, A. (1978). Failure to mourn a stillbirth: An overlooked catastrophe. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 237-241.
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P.B. & Olsen, J. (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine*, 352, 1190-1196.
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P.B. & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet*, 361, 363-367.
- Lichtenstein, P., Gatz, M. & Berg, S. (1998). A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychological Medicine*, 28, 635-643.



- Lieberman, P. B. & Jacobs, S. C. (1987). Bereavement and its complications in medical patients: A guide for consultation liaison psychiatrists. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17, 23-29.
- Lilford, R. J., Stratton, P., Godsil, S. & Prasad, A. (1994). A randomised trial of routine versus selective counselling in perinatal bereavement from congenital disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101, 291-296.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lindy, J. D., Green, B. L., Grace, M. & Titchener, J. (1983). Psychotherapy with survivors of Beverly Hills Supper Fire. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 593-610.
- Lothrop, H. (1992). *Gute Hoffnung – Jähes Ende*. München: Kösel.
- Luyben, A. & Stiefel, A. (2007). Bedeutung psychosozialer Probleme für den Schwangerschaftsverlauf. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde – Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (3. erw. Aufl.) (S. 191). Ort: Hippokrates Verlag.
- Madison, D. & Viola, A. (1968). The health of widows in the year following bereavement. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 297-306.
- Madison, D. & Walker, W. (1967). Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1057-1067.
- Maercker, A. (2002). *Der Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen – Deutsche Übersetzung*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Zürich.
- Maier, W. (1981). Perinatale Mortalität und Müttersterblichkeit. In O. Käser & V. Friedberg (Hrsg.), *Schwangerschaft und Geburt* (Bd. 2) (S.20.1-20.10). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1993). Psychological resilience among widowed men and woman: a 10-year follow-up of a national sample. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 196-207). Cambridge, MA: University Press.
- McFarlane, A. C. (1988a). The aetiology of post-traumatic stress disorders following a national disaster. *British Journal of Psychiatry*, 152, 116-121.
- McFarlane, A. C. (1988b). The longitudinal course of post-traumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- Meuser, T. M., Davies, R. M. & Marwit, S. J. (1994-95). Personality and conjugal bereavement in older widow(er)s. *Omega*, 30, 223-235.

- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N. & Misso, V. (1993). Pathological grief reactions. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hanssen (Eds.), *Handbook of bereavement: theory, research and intervention* (pp. 44-61). Cambridge, MA: University Press.
- Murray, J. A. & Terry, D. J. (2000). Parental reactions to infant death: The effects of resources and coping strategies. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 341-369.
- Murray, J. A., Terry, D. J., Vance, J. C., Battistutta, D. & Connolly, Y. (2000). Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Studies*, 24, 275-305.
- Nallen, K. (2007). Midwives' needs in relation to the provision of bereavement support to parents affected by perinatal death. Part two. *Midwifery Digest*, 17 (1), 105-112.
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., Wicks, J. & Susser, M. (1992). Depressive symptoms in women in the six month after miscarriage. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 166, 104-109.
- Nicol, M. T., Tompkins, J. R., Campbell, N. A. & Syme, G. J. (1986). Maternal grieving response after perinatal death. *Medical Journal of Australia*, 144, 287-289.
- Parkes, C. M. (1965). Bereavement and mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 1-26.
- Parkes, C. M. (1977). Family reactions to child bereavement. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 70, 54-55.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Parkes, C. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London: Tavistock.
- Parkes, C. M. (1981). Evaluation of bereavement service. *Journal of Preventive Psychiatry*, 1, 179-188.
- Parkes, C. M. (1988). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. *Journal of Social Issues*, 3, 53-65.
- Parkes, C. M. (1996). *Bereavement: studies of grief in adult life* (3<sup>rd</sup> ed.). Harmondsworth: Pelican Books.
- Pasnau, R. O., Fawney, F. I. & Fawney, N. (1987). Role of the physician in bereavement. *The Psychiatric Clinics of North America*, 10, 109-120.
- Peppers, L. G. & Knapp, R. J. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, 43, 155-159.

- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, M. P. H., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T. & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement related depression and anxiety: a replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 84-86.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L., Newsome, J. & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J. & Kupfer, D. J. (1995a). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Newsome, J., Reynolds, C. F., Frank, E., Bierhals, A. J., Miller, M. D., Fasiczka, A., Doman, J. & Houck, P. R. (1995b). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Pilkonis, P., Wortman, C., Williams, J. B. W., Widiger, T. A., Davidson, J., Frank, E., Kupfer, D. J. & Zisook, S. (1999a). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., Bierhals, A. J. Kupfer, D. J. & Brent, D. A. (1999b). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1994-1995.
- Pschyrembel, W., Strauss, G. & Petri, E. (Hrsg.). (1990). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (256. Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F. & Fairbanks, L. (1987a). Life threat and post-traumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Pynoos, R. S., Nader, K., Frederick, C., Gonda, L. & Stuber, M. (1987b). Grief reactions in school-age children following a sniper attack at school. *Israel Journal of Psychiatry and related sciences*, 24, 53-63.
- Rosner, R. & Hagl, M. (2007). Was hilft bei Trauer nach interpersonalen Verlusten? Eine Literaturübersicht zu Behandlungsstudien bei Erwachsenen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 6 (1), 47-54.

- Radestad, I., Steineck, G., Nordin, C. & Sjogren, B. (1996). Psychological complications after stillbirth – Influence of memories and immediate management: Population based study. *British Medical Journal*, 312, 1505-1508.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Rowe, J., Clyman, R., Green, C., Mikkelsen, C., Haight, J. & Ataide, L. (1978). Follow-up of families who experience a perinatal death. *Pediatrics*, 62, 166-170.
- Sanders, C. M. (1988). Risk factors in bereavement outcome. *Journal of Social Issues*, 44, 97-111.
- Säflund, K., Sjögren, B. & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 31, 132-137.
- Säflund, K. & Wredling, R. (2006). Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three month after experiencing a stillbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85 (10), 1193-1199.
- Schaap, A. H. P., Wolf, H., Bruinse, H. W., Barkhof-van de Lande, S. & Trefers, P. E. (1997). Long term impact of perinatal bereavement comparison of grief reactions after intrauterine versus neonatal death. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 75, 161-167.
- Schauer, G. M., Kalousek, D. K. & Magee, J. F. (1992). Genetic causes of stillbirth. *Seminars in Perinatology*, 16, 341-351.
- Scheidt, C. E., Waller, N., Wangler, J., Hasenburg, A. & Kersting, A. (2007). Trauerverarbeitung nach Prä- und Perinatalverlust. *Psychotherapie, Psychosomatik & Medizinische Psychologie*, 57, 4-11.
- Schulze, A. & Wermuth, I. (2007). Palliative Versorgung bei Früh- und Reifgeborenen mit sehr ungünstiger Prognose. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 211, 54-59.
- Schuth, H. A. W., Stroebe, M. S., van den Bout, J. & de Keijser, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counselling programmes. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 63-72.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2601-2608.
- Shear, K. et al. (2007). *Behandlung Pathologischer Trauer*. Unveröffentlichtes Manuskript, zitiert nach Kersting, A. (2009).

- Shuchter, S. R. & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 23-43). Cambridge, MA: University Press.
- Silverman, P. (1986). *Widow-to-widow*. New York: Springer Publishing Company.
- Smith, N. C. (1988). Epidemiology of spontaneous abortion. *Contemporary Review of Obstetrics and Gynaecology*, 1, 43-48.
- Smith, A. C. & Borgers, S. B. (1988-89). Parental grief response to perinatal death. *Omega*, 19, 203-214.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. (1970). *Test for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stammer, H. (2004). *Paarberatung und Therapie bei unerfülltem Kinderwunsch*. Göttingen: Hogrefe.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.) (2002). *Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung*. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
- Stinson, K. M., Lasker, J. N., Lohmann, J. & Toedter, L. J. (1992). Parents' grief following pregnancy loss: A comparison of mothers and fathers. *Family Relations*, 41, 218-223.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schuth, H. & Stroebe, W. (2008). *Handbook of bereavement, research, and practice*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Stroebe, W. & Schuth, H. (2003). Bereavement research: Methodological issues and ethical concerns. *Palliative Medicine*, 17 (3), 235-240.
- Stroebe, M. (1998). New directions in bereavement research: exploration of gender differences. *Palliative Medicine*, 12, 5-12.
- Stroebe, M., Schuth, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370 (9603), 1960-1973.
- Stroebe, W., Stroebe, M. S. & Domitter, G. (1988). Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk group identified. *Journal of Social Issues*, 44, 143-158.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1993). Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 208-226). Cambridge, MA: University Press.

- Swanson, K. M. (1999). Effects of caring, measurement and time on miscarriage impact and woman's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research*, 48, 288-298.
- Swanson, K. M., Karmali, Z. A., Powell, S. H. & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65 (5), 902-910.
- Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslow, M. J., Cain, R. L., Rabinovich, B. A. & Morihisa, J. M. (1989). Perinatal loss and parental bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 146, 635-639.
- Tomita, T. & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: A reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 95-102.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 435-449.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. & Janssen, H. J. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 25, 205-228.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. & Campbell, D. T. (1990). The comparison group problem in bereavement studies and the retrospective pretest. *Evaluation Review*, 14, 75-90.
- Tudehope, D. I., Iredell, J., Rodgers, D. & Gunn, A. (1986). A neonatal death: Grieving families. *Medical Journal of Australia*, 144, 290-291.
- Turner, M. J., Flannelly, G. M., Wingfield, M., Rasmussen, M. J., Ryan, R., Cullen, S., Maguire, R. & Stronge, J. M. (1991). The miscarriage clinic: An audit of the first year. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 98, 306-308.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. H. & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates, and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry*, 178, 556-560.
- Vachon, M., Sheldon, A., Lancee, W., Lyall, W., Rogers, J. & Freeman, S. (1982). Correlates of enduring distress patterns following bereavement: Social network, life situation, and personality. *Psychological Medicine*, 12, 783-788.
- Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M. & Thearle, M. J. (1995). Gender differences in parental psychological distress following perinatal death or sudden infant death syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 167, 806-811.
- Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M. & Thearle, M. J. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38, 368-372.

- Von Bose, A. (2007). Nicht allein mit der Trauer. Pastorin und Seelsorgerin der Uni-Frauen-Klinik Tübingen im Interview. *Baby und Familie*, 10, 28.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T. & Anderson, P. E. (1991). The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188.
- Weiner, H. (1992). *Perturbing the organism. The biology of stressful experience*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Wehkamp, K. H. (1998). Geburtlichkeit – Sterblichkeit. Zum Umgang mit dem Kindstod in der Frauenklinik. In K.H. Wehkamp & H. Keitel, H. (Hrsg.), *Grenzen und Grenzüberschreitung. Tod und Geschöpflichkeit in der modernen Medizin* (S. 89-94). Hannover: Lutherisches Verlagshaus.
- Wepler, D. (1998). Leben mit der Schwangerschaft. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde – Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (2. erw. Aufl.) (S. 89-90). Berlin: Walter de Gruyter.
- Wilcox, A. J., Weinberg, C. R., O'Connor, J. F., Baird, D. D., Schlatterer, J. P., Canfield, R. E., Armstrong, E. G. & Nisula, B. C. (1988). Incidence of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine*, 319, 189-194.
- Willner, H. (1998). *Die Reaktion von Männern auf den Spontanabort ihrer Partnerin*. Regensburg: Roderer.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Wollenstein, M., Gustke, M., Woopen, C. & Rohde, A. (2007). Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem Schwangerschaftsabbruch bei pathologischem PND-Befund – Alles vergessen und ein neuer Anfang? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 741-757.
- Worden, J. W. (2001). *Grief counselling and grief therapy* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Worden, J. W. (1982). *Grief counselling and grief therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner*. London: Routledge.
- Worden, J. W. (1987). *Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch* (2. Auflage). Bern: Hans Huber.

- Wortman, C. B. & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Yehuda, R. (ed.) (1998). *Psychological trauma*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L. & Dietz, L. (1995). Initial adaption in mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 16 (2), 80-93.
- Zisook, S. & Shuchter, S. R. (1993). Uncomplicated bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 365-372.
- Zisook, S., Vaul, R. A. De, Click, M. A. (1982). Measuring symptoms of grief and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1590-1593.
- Zisook, S., Shuchter, R., Lyons, L. E. *Adjustment to widowhood*. In Zisook, S. (ed): Biopsychosocial aspects of bereavement. Washington DC: American Psychiatric Press, 1987: 49-74.
- Zisook, S., Schneider, D., Shuchter, S. R. (1990). Anxiety and bereavement. *Psychiatric Medicine*, 8: 83-96.
- Zisook, S., Shuchter, R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1346-1352.
- Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, R., Judd, L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders*, 45, 85-95.



# Anhang

## 1. Klinikstichprobe

### 1.1. Interview Mütter

<b>Interviewleitfaden Mütter T1 .....</b> <b>Datum :</b> <b>Name: .....</b> <b>Geb.-Datum.....</b>
---

Begrüßung

Vorstellung

„Ich bin Dipl.-Psychologin und schreibe eine Doktorarbeit zu dem Thema, was den Eltern hilft, um diesen Verlust gut zu verarbeiten. Dazu möchte ich Ihnen Fragen stellen. Ich freue mich sehr, dass sie mich mit Ihrer Teilnahme dabei unterstützen.

Alles, was sie im Interview und in den Fragebögen von sich mitteilen, wird selbstverständlich vertraulich behandelt. Sollten Ihnen Fragen unangenehm sein, können Sie jederzeit sagen, dass Sie diese nicht beantworten möchten.

#### 1. Haben Sie noch weitere Kinder?

- |  |                                  |                                 |   |
|--|----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja, eigene      | Anzahl: <input type="checkbox"/> | Alter: <input type="checkbox"/> | lebt im Haushalt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja, Stiefkinder | Anzahl: <input type="checkbox"/> | Alter: <input type="checkbox"/> | lebt im Haushalt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nein            |                                  |                                 |   |

### Schwangerschaft

#### 2. Wie war der Schwangerschaftsverlauf?

- ☐ problemlos
- ☐ kleinere Probleme
- ☐ belastet
- ☐ höchst problematisch

3. Gab es Schwierigkeiten im Vorfeld, schwanger zu werden ?

- ☐ ja  
☐ nein

4. Das Kind war ...

- ☐ normal erwünscht  
☐ heiß ersehnt  
☐ passte erst nicht so in die Lebensplanung  
☐ sonstiges \_\_\_\_\_

5. Hat das Kind einen Namen?

- ☐ ja  
☐ nein

## Geburt

Beschreibung der Geburtssituation:

.....  
.....  
.....

(Induzierter Abort ☐)

6. War der Partner bei der Geburt dabei?

- ☐ ja  
☐ nein

Wenn ja: ☐ „ich habe den Partner gar nicht wahrgenommen“

☐ „die Situation war leichter zu ertragen“

☐ „die Situation war schwerer zu ertragen“

## Ansehen des Kindes

7. Haben Sie das Kind gesehen?

- ☐ ja                      und auch gehalten?                      ☐ ja    ☐ nein  
☐ nein

8. War es gut so, wie es war?

- ☐ ja
- ☐ nein

9. Weil? .....

10. Konnten Sie sich überlegen, ob Sie das Kind sehen möchten?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ „es hat sich so ergeben“

Wenn ja,

11. Hat man die Entscheidung, das Kind zu sehen/nicht zu sehen, mit Ihnen durchgesprochen? (Infos ...)

- ☐ ja
- ☐ nein

12. Waren Sie mit der Vorbereitung darauf zufrieden?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Vorbereitung

13. Wie sind Sie zu der Entscheidung gekommen?

.....

14. Warum haben Sie sich so entschieden?

- ☐ „der Arzt/die Hebamme meinte es ist besser so“
- ☐ „es wurde mir nahegelegt“
- ☐ „es war mein Wunsch“
- ☐ „ich fühlte mich dazu gedrängt“
- ☐ „ich musste mich erst überwinden“

15. Wenn Sie das Kind gesehen haben:

- ☐ einmalig   ☐ zweimal
- ☐ lebend   ☐ tot

16. Wie lange (insgesamt)? ☐ weniger als 1Std. ☐ länger als 1Std.

17. Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie das Kind angesehen haben?

- ☐ erschrocken ☐ ängstlich ☐ traurig ☐ überfordert ☐ glücklich ☐ verzweifelt  
☐ hab mich geekelt ☐ wütend ☐ hab mich geschämt ☐ stumpf

18. War der Partner dabei?

- ☐ ja  
☐ nein

Wenn ja: ☐ „ich habe den Partner gar nicht wahrgenommen“

☐ „die Situation war leichter zu ertragen“

☐ „die Situation war schwerer zu ertragen“

19. Hatte das Kind Fehlbildungen?

- ☐ ja  
☐ nein  
☐ weiß nicht

19. Wurden Fotos gemacht?

- ☐ ja, die Fotos wurden ☐ in die Akte gelegt  
☐ ausgehändigt ☐ nein

20. „Das Kind ist wie ☐ ein Mensch  
☐ eine Sache  
☐ sonst wie behandelt worden“

21. „Das war für mich ☐ o.k.  
☐ furchtbar  
☐ \_\_\_\_\_“

## Abschied

22. Abschiedssituation: „die Zeit mit dem Baby war .....“

23. Was haben Sie gemacht/Wie haben Sie die Zeit gestaltet?

(Bsp.: gewaschen, angezogen, gestreichelt, nur angesehen und anderen bei Aktivitäten zugesehen ...)

.....

24. Haben Sie ausreichend Informationen zur Beerdigung erhalten?

☐ ja

☐ nein

25. Wie ist das Kind beerdigt worden?

☐ anonym

☐ beigesetzt

☐ Einzelgrab

☐ nicht beerdigt worden

26. Was war Ihr größtes Verlusterlebnis vor dem Verlust Ihres Kindes?

.....

27. Wie sind Sie damit zurechtgekommen?

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

28. Im Krankenhaus wurde im großen und ganzen auf meine Bedürfnisse

☐ nie   ☐ selten   ☐ häufig   ☐ gänzlich   eingegangen.

29. „Am schwersten ist/war

.....

30. Was hätten Sie sich anders gewünscht?

.....

31. Was hat Ihnen besonders geholfen?

.....

32. Was würden Sie anderen Betroffenen wünschen? (Positives/Negatives, das nicht passiert)

.....

33. Ausblick: Wie geht es weiter?

.....

34. Was habe ich noch vergessen zu fragen, was wichtig ist?

.....

Anmerkungen:

.....

.....

Gegenübertragung (☐ Mitgefühl, ☐ Ablehnung)

Abschied (Rückfragen, Ergebnisse, vielen Dank)

## 1.2. Fragebogen Mütter

Fragebogen für Mütter T1 Datum der Bearbeitung: .....

Adresse: .....

Telefon-Nr.: .....

Bitte kreuzen Sie an, welche Antworten für Sie zutreffen bzw. nicht zutreffen. Falls die dargebotenen Antwortoptionen nicht ausreichen, können sie zu jeder Frage einen eigenen Kommentar hinzufügen. Fragen, die nicht auf Sie zutreffen, brauchen nicht beantwortet werden. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Auswertung geschieht anonymisiert; die Daten werden anschließend vernichtet.

### Daten zur Person

Vor- und Nachname: .....		Geb.-Datum: .....	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verwitwet	
	<input type="checkbox"/> verheiratet	Sonstiges: .....	
	<input type="checkbox"/> geschieden		
Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Sonderschule	
	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss	
	<input type="checkbox"/> Hauptschule	Sonstige: .....	
Erlernter Beruf: .....			
Momentane Beschäftigung: .....			
Staatsbürgerschaft: .....			
Konfession:	<input type="checkbox"/> katholisch	<input type="checkbox"/> islamisch	
	<input type="checkbox"/> evangelisch	<input type="checkbox"/> ohne Konfession	
	<input type="checkbox"/> jüdisch	Sonstige: .....	
Bezeichnen Sie sich als „religiösen Menschen“?	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> nein		
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> gesetzlich		
	<input type="checkbox"/> privat		

## Partnerschaft

1. Leben Sie zusammen mit Ihrem Partner?

- ☐ ja  
☐ nein, ich bin alleinstehend  
☐ nein, ich lebe von ihm getrennt

Sonstiges: .....

2. Wie lange leben Sie mit Ihrem Partner zusammen? ..... Jahre

3. Wie glücklich schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Beziehung ein?

- ☐ sehr unglücklich   ☐ unglücklich   ☐ ausgeglichen   ☐ glücklich   ☐ sehr glücklich

4. Hat sich das Zusammenleben in Ihrer Beziehung nach dem Verlust Ihres Kindes deutlich verändert?

- ☐ ja  
☐ nein

## Belastung

5. In welchen Bereichen fühlten Sie sich vor dem Verlust Ihres Kindes belastet und wie stark? (Mehrfachangaben möglich)

Bereich	Belastung				
	un- belastet	wenig belastet	normal	belastet	stark belastet
Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> Stiefkinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanziell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. Das Kind ist geboren am .....  
in der Schwangerschaftswoche .....  
und ist gestorben am: .....

7. Hat das Kind direkt nach der Geburt gelebt?

☐ ja

☐ nein

Geburtsgewicht: ..... g      Größe: .....cm

8. Hatten Sie schon mal eine Fehlgeburt / Totgeburt?

☐ ja, eine Fehlgeburt Anzahl: .....

☐ ja, eine Totgeburt Anzahl: .....

☐ nein, weder noch

Wenn ja, wie sind Sie damit  
zurechtgekommen?

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

9. Haben Sie schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen?

☐ ja

Wann: ..... ?

☐ nein

Wenn ja, wie sind Sie damit  
zurechtgekommen?

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

10. Wie viele Tage waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben (bzw. haben sich krank gefühlt)?

☐ gar keine

☐ weniger als 10 Tage

☐ zwischen 10 und 20 Tagen

☐ zwischen 20 und 30 Tagen

☐ zwischen 30 und 40 Tagen

☐ länger als 40 Tage

11. Sind bzw. waren Sie einmal in psychiatrischer/ psychotherapeut. Behandlung?

☐ ja, vor geraumer Zeit

☐ ja, momentan

☐ nein

12. Nehmen Sie irgendwelche Medikamente oder Drogen zu sich?

☐ ja, folgende .....

☐ nein

13. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich  
pro Tag .....  
oder pro Woche?.....

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....

Vielen Dank!

### 1.3. Interview Väter

**Interview Väter T1** ..... **Datum :** .....

1. Haben Sie noch Kinder?

- ☐ ja, eigene      Anzahl: ☐      Alter: ☐      lebt im Haushalt: ☐ ja ☐ nein  
☐ ja, Stiefkinder      Anzahl: ☐      Alter: ☐      lebt im Haushalt: ☐ ja ☐ nein  
☐ nein

2. Wie war der Schwangerschaftsverlauf aus Ihrer Sicht?

- ☐ problemlos  
☐ kleinere Probleme  
☐ belastet  
☐ höchst problematisch

3. Gab es Schwierigkeiten im Vorfeld, schwanger zu werden?

- ☐ ja  
☐ nein

4. Das Kind war ...

- ☐ normal erwünscht  
☐ heiß ersehnt  
☐ passte erst nicht so in die Lebensplanung  
☐ sonstiges \_\_\_\_\_

5. Beschreibung der Geburtssituation:

.....  
.....  
.....

6. Waren Sie bei der Geburt dabei?

ja:

nein:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> „auf eigenen Wunsch“         | <input type="checkbox"/> „auf eigenen Wunsch“                  |
| <input type="checkbox"/> „meiner Partnerin zuliebe“   | <input type="checkbox"/> „meiner Partnerin zuliebe“            |
| <input type="checkbox"/> „nur mit großer Überwindung“ | <input type="checkbox"/> „wäre gern dabei gewesen, ging nicht“ |

7. Haben Sie das Kind gesehen?

- ☐ ja                      und auch gehalten? ☐ ja   ☐ nein  
☐ nein

8. War es gut so, wie es war?

- ☐ ja  
☐ nein

9. Weil? .....

10. Konnten Sie sich überlegen, ob Sie das Kind sehen möchten?

- ☐ ja  
☐ nein  
☐ „es hat sich so ergeben“

Wenn ja,

11. Hat man die Entscheidung, das Kind zu sehen/nicht zu sehen, mit Ihnen durch-  
gesprochen? (Infos ...)

- ☐ ja  
☐ nein

12. Waren Sie mit der Vorbereitung darauf zufrieden?

- ☐ ja  
☐ nein  
☐ keine Vorbereitung

13. Wie sind Sie zu der Entscheidung gekommen? .....  
.....

14. Warum haben Sie sich so entschieden?

- ☐ „der Arzt/die Hebamme meinte es ist besser so“  
☐ „es wurde mir nahegelegt“  
☐ „es war mein Wunsch“  
☐ „ich fühlte mich dazu gedrängt“  
☐ „ich musste mich erst überwinden“

15. Wenn Sie das Kind gesehen haben:

- ☐ einmalig    ☐ zweimal  
☐ lebend    ☐ tot

16. Wie lange (insgesamt)? ☐ weniger als 1Std.    ☐ länger als 1Std.

17. Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie das Kind angesehen haben?

- ☐ erschrocken   ☐ ängstlich   ☐ traurig   ☐ überfordert   ☐ glücklich   ☐ verzweifelt  
☐ hab mich geekelt   ☐ wütend   ☐ hab mich geschämt   ☐ stumpf

18. Haben Sie das Kind zusammen mit Ihrer Partnerin angesehen?

- ☐ ja  
☐ nein

Wenn ja:    ☐ „ich habe meine Partnerin gar nicht wahrgenommen“

☐ „die Situation war leichter zu ertragen“

☐ „die Situation war schwerer zu ertragen“

19. Wurden Fotos gemacht?

- ☐ ja, die Fotos wurden    ☐ in die Akte gelegt  
☐ ausgehändigt  
☐ nein

20. „Das Kind ist wie    ☐ ein Mensch  
                                  ☐ eine Sache  
                                  ☐ sonst wie                behandelt worden“

21. „Das war für mich    ☐ o.k.  
                                  ☐ furchtbar  
                                  ☐ \_\_\_\_\_“

22. Abschiedssituation: „die Zeit mit dem Baby war .....“

23. Was haben Sie gemacht/Wie haben Sie die Zeit gestaltet?

(Bsp.: gewaschen, angezogen, gestreichelt, nur angesehen und anderen bei Aktivitäten zugesehen ...)

.....

24. Haben Sie ausreichend Informationen zur Beerdigung erhalten?

- ☐ ja
- ☐ nein

25. Wie ist das Kind beerdigt worden?

- ☐ anonym
- ☐ beigesetzt
- ☐ Einzelgrab
- ☐ nicht beerdigt worden

26. „Ich habe mich im großen und ganzen im Krankenhaus

- ☐ unterstützt gefühlt
- ☐ war so o.k.
- ☐ lästig gefühlt
- ☐ aussätzig gefühlt
- ☐ \_\_\_\_\_“

27. „Am schwersten ist/war .....“

28. Was hätten Sie sich anders gewünscht? .....

29. Was hat Ihnen besonders geholfen? .....

30. Was würden Sie anderen Betroffenen wünschen? (Positives/Negatives, das nicht passiert)

.....

31. Was war Ihr größtes Verlusterlebnis vor dem Verlust Ihres Kindes?

.....

32. Wie haben Sie das bewältigt? .....

- ☐ „die Zeit hat die Wunden geheilt“
- ☐ „ich muß heute noch oft daran denken“
- ☐ „ich bin bis heute nicht darüber hinweg“
- ☐ „ich habe es beiseite geschoben“

33. Ausblick: Wie geht es weiter? .....

34. Was habe ich noch vergessen zu fragen, was wichtig ist?

.....

Anmerkungen:

.....

.....

Gegenübertragung (Mitgefühl, Ablehnung)

## 1.4. Fragebogen Väter

### Fragebogen für Väter T1

Datum: .....

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft und ergänzen Sie gegebenenfalls. Fragen, die nicht auf Sie zutreffen, lassen Sie aus.

Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt. Die Daten werden anonymisiert ausgewertet und anschließend vernichtet, Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Name: .....

Geb.-Datum:.....

Kontakt über: .....

#### Soziodemographische Daten

1. Alter: ☐☐

2. Familienstand:

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

3. Art des Schulabschlusses:

☐ ohne Abschluss

☐ Sonderschule

☐ Hauptschule

☐ Realschule

☐ Gymnasium

4. Erlerner Beruf: .....

5. Momentane Beschäftigung: .....



**6. Religionszugehörigkeit**

- ☐ keine
- ☐ christlich
- ☐ Moslem
- ☐ sonstige

**7. Würden Sie sich als religiös bezeichnen?**

- ☐ ja
- ☐ nein

**8. Krankenkasse:**

- ☐ gesetzlich
- ☐ privat

**Partnerschaft****9. Leben Sie zusammen mit Ihrer Partnerin?**

- ☐ ja
- ☐ nein

**10. Wie lange leben Sie mit Ihrer Partnerin zusammen?**

- ☐ Jahre

**11. Wie glücklich schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Beziehung ein?**

- ☐ sehr unglücklich
- ☐ unglücklich
- ☐ eher unglücklich
- ☐ eher glücklich
- ☐ glücklich
- ☐ sehr glücklich

**12. Ist das derzeit ganz anders als vor dem Kindstod?**

- ☐ ja
- ☐ nein

## Belastung

13. In welchen Bereichen fühlten Sie sich vor dem Verlust Ihres Kindes belastet (Mehrfachangaben möglich) und wie stark?

Bereich	Belastung				
	un-belastet	wenig belastet	normal	belastet	stark belastet
Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> Stiefkinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanziell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Das Kind ist geboren am: ..... in der ☐☐ SSW und  
gestorben am: .....

☐ hat nach der Geburt gelebt      ☐ nicht gelebt

Geburtsgewicht:  g      Größe:  cm

15. Haben Sie schon mal eine ☐ Fehlgeburt / ☐ Totgeburt in einer Partnerschaft erlebt?

☐ ja      Anzahl:       Wann? .....

☐ nein

16. Wenn ja, wie sind Sie damit zurechtgekommen?

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

17. Haben Sie schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch in einer Partnerschaft erlebt?

- ☐ ja Wann? .....
- ☐ nein

18. Wenn ja, wie sind Sie damit zurechtgekommen?

- ☐ gut
- ☐ mäßig
- ☐ schlecht

19. Wieviele Tage waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben?

- ☐ gar keine
- ☐ weniger als 10 Tage
- ☐ 10 bis 20 Tage
- ☐ 20 bis 30 Tage
- ☐ 30 bis 40 Tage
- ☐ länger

20. Sind Sie oder waren Sie schon einmal in psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung?

- ☐ ja, früher
- ☐ ja, momentan
- ☐ nein

21. Nehmen Sie irgendwelche Medikamente oder Drogen?

- ☐ ja, folgende .....
- ☐ nein

22. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich

pro Tag ..... oder

pro Woche?.....

Bemerkungen: .....

.....

Vielen Dank!

### 1.5. Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen

Deutsche Übersetzung des Peritraumatic Distress Inventory (Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daraufhin, ob sie für den Zeitpunkt oder Zeitraum des Traumas und unmittelbar danach zutrafen.

	stimmt nicht	stimmt ein wenig	stimmt etwas	stimmt weit- gehend	stimmt voll- ständig
1. Ich fühlte mich hilflos.					
2. Ich empfand Traurigkeit und seelischen Schmerz.					
3. Ich fühlte mich frustriert und ärgerlich, nicht mehr tun zu können.					
4. Ich fürchtete mich um meine Sicherheit.					
5. Ich fühlte mich schuldig, dass nicht mehr getan wurde.					
6. Ich schämte mich für meine Gefühlsreaktionen.					
7. Ich war beunruhigt über die Sicherheit der anderen.					
8. Ich war nahe daran, die Kontrolle über meine Gefühle zu verlieren.					
9. Ich hatte Schwierigkeiten, meinen Darm und meine Blase zu beherrschen.					
10. Ich war entsetzt über das Geschehene.					
11. Ich hatte Körperreaktionen wie Schwitzen, Zittern und Herzklopfen.					
12. Ich fühlte, ich würde ohnmächtig werden.					
13. Ich dachte, ich müsste sterben.					

## **2. Onlinestichprobe**

### **2.1. Startseite der Onlineerhebung**

Liebe Mutter, lieber Vater eines verlorenen Kindes,

Ich bin Dipl.-Psychologin und schreibe eine Doktorarbeit, in der es um die Frage geht, was den Eltern hilft, um diesen Verlust gut zu verarbeiten. Zu diesem Thema bin ich aufgrund eigener Erfahrung durch den Verlust meines Sohnes 2004 gekommen. Ich hoffe mit dieser Arbeit einen Beitrag zur besseren Unterstützung und Betreuung von Eltern mit frühem Kindsverlust leisten zu können.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mich bei diesem Vorhaben unterstützen und den folgenden Fragebogen ausfüllen. Sie benötigen dafür weniger als eine halbe Stunde. Verständlicherweise kann dieses sensible Thema nicht in 5 Minuten abgefragt werden.

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen: der erste Teil enthält Fragen zu Ihrer Person und dem, was Sie erlebt haben und der zweite Teil setzt sich aus zwei Fragebögen zu Ihren Gedanken und Ihrem Befinden zusammen.

Es ist für die Untersuchung unerheblich, wie lange der Verlust Ihres Kindes zurückliegt. Ich freue mich, wenn beide Elternteile den Fragebogen getrennt voneinander ausfüllen, es ist jedoch nicht unbedingt erforderlich.

Der ganz frühe Verlust eines Kindes durch Ausschabung wird bei dieser Untersuchung aus methodischen Gründen nicht mit einbezogen. Ebenso stellt der Abbruch einer Schwangerschaft einen Sonderfall dar, der ebenfalls aus methodischen Gründen nicht mit einbezogen werden kann.

Da sich gültige Aussagen nur bei einer großen Teilnehmerzahl ableiten lassen, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie auch andere Betroffene auf diese Studie hinweisen würden.

Die Untersuchung findet in Kooperation mit dem Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig statt. Nach Abschluss der Untersuchung können Sie, wenn es Sie interessiert, das Ergebnis der Studie unter [www.supervisionen.org](http://www.supervisionen.org) nachlesen.

Vielen Dank!

Stefanie Ladewig

## 2.2. Internetfragebogen

Bitte kreuzen Sie an, welche Antworten für Sie zutreffen bzw. nicht zutreffen. Fragen, die nicht auf Sie zutreffen, brauchen nicht beantwortet zu werden. Es kann vorkommen, dass Ihre besondere Situation nicht in den Antwortoptionen vorkommt. Wählen Sie dann entweder, was Ihnen am nächsten kommt oder lassen Sie die Frage aus. Am Ende des Fragebogens können Sie frei Hinweise oder Anmerkungen einfügen.

### Daten zur Person

Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Alter: <input type="text"/> <input type="text"/>
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> ohne Abschluss Sonstige: .....
berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Konfession:	<input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> jüdisch	<input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> ohne Konfession <input type="checkbox"/> sonstige
Bezeichnen Sie sich als „religiösen Menschen“?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Staatsbürgerschaft:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> Staat der EU <input type="checkbox"/> andere	

### Mein verstorbenes Kind

1. Vorname des Kindes .....

Das Kind ist geboren am

in der  Schwangerschaftswoche

und ist gestorben am

☐ ich habe noch ein Kind / mehrere Kinder verloren

## Schwangerschaft

2. Wie verlief die Schwangerschaft (Für Väter: aus Ihrer Sicht)?

- ☐ problemlos      ☐ mit leichten Problemen      ☐ problembelastet

3. Gab es Schwierigkeiten schwanger zu werden?

- ☐ ja  
☐ nein

4. Wie standen Sie persönlich zu der Schwangerschaft?

Das Kind war ...

- ☐ heiß ersehnt  
☐ normal erwünscht  
☐ passte erst nicht so recht in die Lebensplanung  
☐ passte gar nicht in die Lebensplanung  
☐ sonstiges: .....

## Geburt

5. Was ist passiert? Wie kam es zur Geburt? (z.B. keine Herztöne mehr, vorzeitige Wehen, Blutung etc.)

.....  
.....

6. Hat das Kind direkt nach der Geburt gelebt?

- ☐ ja  
☐ nein

Für Mütter

7. War Ihr Partner bei der Geburt anwesend?

- ☐ ja

Für Väter

7. Waren Sie bei der Geburt anwesend?

- ☐ ja      ☐ auf eigenen Wunsch  
☐ meiner Partnerin zuliebe  
☐ nur mit großer Überwindung



☐ nein☐ ich hatte zu der Zeit keinen Partner☐ nein ☐ auf eigenen Wunsch  
☐ meiner Partnerin zuliebe  
☐ wäre gern dabei gewesen,  
ging nicht

### Ansehen des Kindes

8. Haben Sie das Kind gesehen und gehalten?

- ☐ gesehen
- ☐ gesehen und gehalten
- ☐ weder gesehen noch gehalten

9. War es für Sie gut so, wie Sie es gemacht haben?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn Sie können, erläutern Sie das doch bitte näher:

.....  
.....

10. Wurden von dem Kind Fotos gemacht?

- ☐ ja, die Fotos wurden in eine Akte gelegt
- ☐ ja, die Fotos wurden ausgehändigt
- ☐ nein

11. Hatte das Kind sichtbare Fehlbildungen oder war es schon längere Zeit tot im Mutterleib oder lagen sonstige mögliche objektive Erschwernisse für den Anblick des Kindes vor?

- ☐ ja
- ☐ nein

*Fragen 12 bis 14 nur, wenn Sie das Kind gesehen haben.*

12. Wie oft, wie lange und in welchem Zustand haben Sie das Kind gesehen?

Ich habe das Kind ...

- ☐ einmal
- ☐ zweimal
- ☐ mehr als zweimal  
gesehen.

Ich habe das Kind insgesamt

- ☐ weniger als eine Stunde
- ☐ länger als eine Stunde  
gesehen.

Ich habe das Kind ...

- ☐ noch lebend
- ☐ nur noch tot  
gesehen.

13. Welche Gefühle hatten Sie beim Anblick des Kindes (Mehrfachauswahl möglich)?

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> erschrocken | <input type="checkbox"/> wütend                |
| <input type="checkbox"/> ängstlich   | <input type="checkbox"/> voller Scham          |
| <input type="checkbox"/> traurig     | <input type="checkbox"/> stumpf, gefühllos     |
| <input type="checkbox"/> überfordert | <input type="checkbox"/> ich habe mich geekelt |
| <input type="checkbox"/> verzweifelt | <input type="checkbox"/> glücklich             |

Weitere Gefühle:.....

14. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen geholfen hat, Ihr Kind zu sehen?

.....

### Entscheidungsprozess

15. Konnten Sie sich überlegen, ob Sie das Kind sehen möchten?

- ☐ nein
- ☐ ja

16. Wie oft sind Sie gefragt worden, ob Sie das Kind sehen möchten?

- ☐ einmal
- ☐ mehrmals
- ☐ gar nicht



## Unterstützung im Trauerprozess

22. Haben Sie zwischenzeitlich teilgenommen an

- ☐ einer Selbsthilfegruppe / Trauergruppe
- ☐ Beratungsgesprächen
- ☐ Angeboten wie .....
- ☐ ich habe an nichts der gleichen teilgenommen

23. Was war für Sie im Trauerprozess hilfreich?

.....

.....

Wie sehr hilfreich? ☐ etwas ☐ deutlich ☐ ausgeprägt

24. Wodurch wurde Ihr Trauerprozess eher erschwert?

.....

.....

Wie sehr erschwert? ☐ etwas ☐ deutlich ☐ ausgeprägt

25. Durch welche Personen haben Sie sich unterstützt gefühlt? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ eigenen Partner ☐ andere Angehörige ☐ Freunde
- ☐ sonstige Personen:.....
- ☐ durch Niemanden

26. War es Ihnen möglich, die eigene Trauer Ihren Mitmenschen gegenüber anzusprechen?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ ich wollte niemanden darauf ansprechen

27. War es unangenehm für Sie darauf angesprochen zu werden?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ ich wurde darauf nicht angesprochen

28. Die Ansprache von anderen Personen war im Allgemeinen ... (Mehrfachauswahl möglich)

- |                                     |      |                                     |
|-------------------------------------|------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zu viel    | oder | <input type="checkbox"/> zu wenig   |
| <input type="checkbox"/> störend    | oder | <input type="checkbox"/> hilfreich  |
| <input type="checkbox"/> mitfühlend | oder | <input type="checkbox"/> unsensibel |
| <input type="checkbox"/> plump      | oder | <input type="checkbox"/> taktvoll   |

.....

.....

### Kinder in der Familie

29. Für Mütter: Hatten Sie schon mal eine Fehlgeburt / Totgeburt?

29. Für Väter: Haben Sie schon mal eine Fehlgeburt / Totgeburt in einer Partnerschaft erlebt?

- |   |             |  |
|---|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> ja, eine Fehlgeburt          | Wann? ..... | Wenn ja, wie sind Sie damit zurechtgekommen? |
| <input type="checkbox"/> ja, mehr als eine Fehlgeburt | Wann? ..... |  |
| <input type="checkbox"/> ja, eine Totgeburt           | Wann? ..... |  |
| <input type="checkbox"/> nein, weder noch             |             |  |
|   |             | <input type="checkbox"/> gut                 |
|   |             | <input type="checkbox"/> mäßig               |
|   |             | <input type="checkbox"/> schlecht            |

30. Für Mütter: Haben Sie schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen?

30. Für Väter: Haben Sie schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch in einer Partnerschaft erlebt?

- |                               |             |  |
|-------------------------------|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> ja   | Wann? ..... | Wenn ja, wie sind Sie damit zurechtgekommen? |
| <input type="checkbox"/> nein |             |  |
|                               |             |  |
|                               |             | <input type="checkbox"/> gut                 |
|                               |             | <input type="checkbox"/> mäßig               |
|                               |             | <input type="checkbox"/> schlecht            |

31. Haben Sie noch weitere Kinder?

- |   |   |                 |                   |                                      |
|---|---|-----------------|-------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, eigene/s Kind/er | Anzahl<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Alter:<br>..... | Lebt im Haushalt: | <input type="checkbox"/> ja          |
|   |   |                 |                   | <input type="checkbox"/> nein        |
|   |   |                 |                   | <input type="checkbox"/> teils teils |

- ☐ ja, Stiefkind/er      Anzahl      Alter:      Lebt im Haushalt:      ☐ ja  
                                 ☐ ☐      .....      ☐ nein  
                                                ☐ teils teils
- ☐ nein, ich habe keine weiteren Kinder

### Belastung

32. Sind bzw. waren Sie einmal in psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung?

- ☐ ja      wenn ja, steht die Behandlung in Zusammenhang mit dem Kindsverlust?  
☐ nein      ☐ ja  
                                 ☐ nein

33. Nehmen Sie irgendwelche Medikamente zur Beruhigung oder für die Stimmung oder Drogen zu sich?

- ☐ ja      wenn ja, steht die Einnahme in Zusammenhang mit dem Kindsverlust?  
☐ nein      ☐ ja  
                                 ☐ nein

34. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich

pro Tag ..... oder  
pro Woche?.....

Trinken Sie seit dem Kindsverlust mehr als sonst?      ☐ ja      ☐ nein

### Partnerschaft

35. Hatten Sie zum Geburtszeitpunkt eine Partnerschaft?

- ☐ ja      ☐ nein

Wenn ja,

Besteht die Partnerschaft noch immer?

- ☐ ja      ☐ nein

Wenn ja,	Wenn nein,
<p>Ist Ihr/e Partner/in auch Elternteil Ihres verstorbenen Kindes?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wie lange besteht die Partnerschaft?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</p> <p>Wie glücklich schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Beziehung ein?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr unglücklich</p> <p><input type="checkbox"/> unglücklich</p> <p><input type="checkbox"/> ausgeglichen</p> <p><input type="checkbox"/> glücklich</p> <p><input type="checkbox"/> sehr glücklich</p> <p>Hat sich das Zusammenleben in Ihrer Beziehung nach dem Verlust Ihres Kindes deutlich verändert?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, verbessert</p> <p><input type="checkbox"/> ja, verschlechtert</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>In welchem zeitlichen Abstand von der Geburt kam es zur Trennung?</p> <p>.....</p>

### Ausblick

36. Was ist bislang noch nicht zur Sprache gekommen, was Ihnen aber wichtig erscheint?

.....

.....

Vielen Dank!

Bemerkungen:

.....

.....

Wenn der Verlust Ihres Kindes schon etwas zurück liegt ...

**Nur für Mütter: Aktuelle Situation**

Sind Sie aktuell schwanger? Wie stehen Sie zur Schwangerschaft?

- ☐ ich bin schwanger und bin darüber glücklich
- ☐ ich bin schwanger und bin darüber nicht glücklich
  
- ☐ ich bin nicht schwanger und beschäftige mich auch nicht mit dem Gedanken
- ☐ ich bin nicht schwanger und stehe einer Schwangerschaft aber positiv gegenüber



### 2.3. Münchner Trauerskala

Bitte geben Sie an, wie gut diese Aussagen Ihre gegenwärtigen Gedanken und Gefühle beschreiben. Wenn Sie eine Aussage als **völlig** zutreffend empfinden, kreuzen Sie eine **5**, wenn Sie **gar nicht** zutrifft eine **1** an, dazwischen können Sie abstufen.

	gar nicht	wenig	teils teils	ziemlich	völlig
Ich fühle mich wie betäubt.					
<b>Für Väter: diese Frage auslassen</b>	1	2	3	4	5
Manchmal kann ich gar nicht glauben, dass ich nicht mehr schwanger bin.	1	2	3	4	5
Ich verspüre den Drang, mein verstorbenes Baby zu suchen.	1	2	3	4	5
Ich habe das Bedürfnis, über das Baby zu sprechen.	1	2	3	4	5
Ich trauere um das Baby.	1	2	3	4	5
Es ist ungerecht, dass ich mein Baby verloren habe.	1	2	3	4	5
Ich vermisse das Baby.	1	2	3	4	5
Ich rege mich auf, wenn ich an das Baby denke.	1	2	3	4	5
Ich weine, wenn ich an es denke.	1	2	3	4	5
Es tut mir weh, mich an den Verlust zu erinnern.	1	2	3	4	5
Ich glaube, ich bin gut über den Verlust hinweggekommen.	1	2	3	4	5
Es fällt mir schwer, mit bestimmten Menschen zurechtzukommen.	1	2	3	4	5
Nach dem Tod des Babys habe ich einige Menschen enttäuscht.	1	2	3	4	5
Ich habe mehr Ärger mit meinen Freunden und Bekannten, als ich sollte.	1	2	3	4	5
Ich fühle mich schuldig, wenn ich an das Baby denke.	1	2	3	4	5
Der beste Teil von mir starb mit dem Baby.	1	2	3	4	5
Ich gebe mir selbst die Schuld an dem Tod.	1	2	3	4	5
Ich fühle mich wertlos, seit es tot ist.	1	2	3	4	5
Ich habe Alpträume vom Tod des Babys.	1	2	3	4	5
Ich habe Angst, noch mal ein Baby zu verlieren.	1	2	3	4	5
Ich habe Angst, kein Kind mehr bekommen zu können.	1	2	3	4	5
Es schmerzt mich, Schwangere und Babys zu sehen.	1	2	3	4	5

	gar nicht	wenig	teils teils	ziemlich	völlig
Mein Glaube gibt mir Halt.	1	2	3	4	5
Ich spüre jetzt genauer, worauf es mir im Leben wirklich ankommt.	1	2	3	4	5
Durch diese schmerzliche Erfahrung habe ich erkannt, dass es Menschen gibt, auf die ich wirklich zählen kann.	1	2	3	4	5
Ich mache mir Sorgen darüber, wie mein/e Partner/in mit dem Verlust zurechtkommt.	1	2	3	4	5
Es scheint mir, dass ich mich jedes Jahr um dieselbe Zeit (Todes- tag, Geburtstag) aufrege.	1	2	3	4	5

## 2.4. Depressionsinventar

	Items	stimmt	stimmt nicht
1.	Ich fühle mich wertlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich blicke hoffnungslos in die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich habe Gedanken an Selbstmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich habe an nichts mehr richtig Spass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich ziehe mich mehr zurück als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich muss mich zu allen Dingen aufraffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich bin schneller erschöpft als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich schaffe weniger als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich bin reizbarer als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich kann nicht weinen, obwohl ich es möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Morgens ist meine Stimmung schlechter als abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Meine Lebensfreude hat gelitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ich habe ohne Diät mehr als 3 kg abgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich könnte ständig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich habe mehr Verdauungsstörungen als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich werde morgens wesentlich früher wach als nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ich wache öfter auf und liege dann länger wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ich brauche längere Zeit zum Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ich habe öfter Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ich bin innerlich unruhig und zittrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Sex interessiert mich weniger als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ich habe Schuldgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich habe mehr als 3 kg zugenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich schwitze mehr als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ich bin total unglücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Ich bin vergesslicher als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Anhang Väter

#### Beschreibung subjektiver und objektiver Parameter zum Kindsverlust

In den folgenden Tabellen sind die Häufigkeiten der Fragebogenantworten von den fünf Vätern der Onlinestichprobe und den fünf Vätern der Klinikstichprobe dargestellt. Unter Variablen werden die verschiedenen Fragen zu den jeweiligen Themenpunkten aufgeführt. Unter Antworten sind die vorgegebenen Antwortoptionen gefasst. N bezeichnet die Anzahl der Fälle. Außerdem ist angegeben, wie viel Prozent die jeweilige Anzahl an der zugrunde liegenden Gesamtheit ausmacht. Im Anschluss an die Tabellen werden kurz Besonderheiten dieser Ergebnisse erwähnt, die jedoch erst in ihrer Bedeutung im Diskussionsteil interpretiert werden. Die Kreuztabellen und Berechnungen sind nur auf die Onlinestichprobe bezogen.

Tab. 73: Häufigkeiten der Antworten zur Schwangerschaft

Variablen zu Schwangerschaft	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Verlauf (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	Problemlos	2	40	2	40
	Leichte Probleme	2	40	2	40
	Problembelastet	1	20	1	20
<hr/>					
Schwierigkeit, schwanger zu werden (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	ja	1	20	1	20
	nein	4	80	4	80
<hr/>					
Einstellung zu Kind (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	Heiß ersehnt	2	40	2	40
	Normal erwünscht	3	60	2	40
	Passte erst nicht in Lebensplanung	0	0	1	20
	Passte gar nicht in Lebensplanung	0	0	0	0
	sonstiges	0	0	0	0

Aus Sicht der Väter der Onlinestichprobe als auch der Klinikstichprobe verliefen bei nur 20% die Schwangerschaften problembelastet, 40% verliefen problemlos, 40% zeigten leichte Probleme. Es lag bei 80% keine Schwierigkeit vor, schwanger zu werden. Fast alle Väter gaben an, dass das Kind erwünscht war.

Tab. 74: Häufigkeiten der Antworten zur Geburt

Variablen zu Geburt	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Ursache (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	Keine Herztöne	3	60	5	100
	Vorzeitiger Blasensprung	0	0	0	0
	Spontangeburt	0	0	0	0
	anderes	2	40	0	0
Hat das Kind gelebt? (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	ja	2	40	0	0
	nein	3	60	5	100
Partner war bei Geburt anwesend (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	ja	3	60	5	100
	nein	2	40	0	0
Grund für die An-/Abwesenheit bei Geburt (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	Auf eigenen Wunsch	4	80	4	80
	Meiner Partnerin zuliebe	1	20	1	20

Bei 60% der Väter der Onlinestichprobe und bei allen Vätern der Klinikstichprobe wurden keine Herztöne des Kindes mehr festgestellt, d.h. diese Kinder wurden tot geboren.

60% der Väter der Onlinestichprobe und alle Väter der Klinikstichprobe waren bei der Geburt anwesend. Von den fünf Vätern der Klinikstichprobe waren 80% auf eigenen Wunsch mit bei der Geburt, ein Vater war seiner Partnerin zuliebe mit bei der Geburt.

Tab. 75: Wechselwirkung zwischen den Variablen: „Anwesenheit bei der Geburt“ und „Grund für die An-/Abwesenheit“

		Grund für die An-/Abwesenheit		Gesamt
		Auf eigenen Wunsch	Meiner Partnerin zuliebe	
Anwesenheit bei der Geburt	nein	2	0	2
	ja	2	1	3
Gesamt		4	1	5

Zwei der fünf Väter der Onlinestichprobe waren auf eigenen Wunsch mit bei der Geburt, ein Vater seiner Partnerin zuliebe, zwei Väter waren auf eigenen Wunsch nicht bei der Geburt dabei.

Tab. 76: Wechselwirkung zwischen den Variablen: „Anwesenheit bei der Geburt“ und „Hat das Kind gelebt?“

	Hat das Kind direkt nach der Geburt gelebt? Online		Gesamt	
	nein	ja		
Anwesenheit bei der Geburt	nein	1	1	2
	ja	2	1	3
Gesamt	3	2	5	

Drei Väter der Onlinestichprobe waren bei der Geburt anwesend, bei diesen Geburten wurden zwei Kinder tot geboren, eines lebte nach der Geburt. Zwei Väter waren nicht bei der Geburt anwesend, bei diesen Geburten hat ein Kind nach der Geburt noch gelebt.

Tab. 77: Häufigkeiten der Antworten zum Abschied

Variablen zu Abschied	Antworten	Online- stichprobe		Klinik- stichprobe	
		N	%	N	%
Abschied (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	Bereits genommen	5	100	2	40
	Nicht genommen	0	0	3	60
Wunschgerecht beerdigt (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 2*)	ja	5	100	2	100
	nein	0	0	0	0

\* Beerdigung stand teilweise noch aus

Alle Väter der Onlinestichprobe und 40% der Väter der Klinikstichprobe haben dem Gefühl nach bereits Abschied genommen. Alle Väter der Onlinestichprobe und alle Väter der Klinikstichprobe, die diese Frage beantworten konnten, haben ihr Kind wunschgerecht beerdigt.

Tab. 78: Häufigkeiten der Antworten zur Unterstützung im Trauerprozess

Variablen zur Unterstützung	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Teilnahme an therapeutischen Angeboten (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 1) (Mehrfachauswahl)	nein	2	40	0	0
	ja	3	60	1	100
		<b>N=3</b>		<b>N=1</b>	
	Selbsthilfegruppe	3	100	1	100
	Beratungsgespräche	0	0	0	0
	Andere Angebote	0	0	0	0
Unterstützung durch Personen (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 2) (Mehrfachauswahl)	nein	1	20	1	50
	ja	4	80	1	50
		<b>N =4</b>		<b>N=1</b>	
	Partner	3	75	1	100
	Angehörige	4	100	0	0
	Freunde	3	75	0	0
	andere	3	75	0	0
War es möglich, Trauer anzusprechen? (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 1)	ja	4	80	0	0
	nein	1	20	0	0
	nicht gewollt	0	0	1	100
War es unangenehm, angesprochen zu werden? (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 1)	ja	0	0	0	0
	nein	4	80	1	100
	Ansprache fand nicht statt	1	20	0	0
Bewertung Ansprache (Mehrfachauswahl) (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 1)	zu viel	1	20	0	0
	zu wenig	4	80	0	0
	störend	2	40	0	0
	hilfreich	3	60	0	0
	mitfühlend	3	60	1	100
	unsensibel	1	20	1	100
	plump	0	0	1	100
	taktvoll	5	100	0	0

Drei Väter der Onlinestichprobe und bereits ein Vater der Klinikstichprobe haben an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen. Die Väter der Onlinestichprobe haben sich vor allem durch Angehörige unterstützt gefühlt, die Unterstützung durch ihre Partnerin wird gleich häufig genannt wie die durch Freunde oder andere. Alle Väter der On-

linestichprobe empfanden die Ansprache taktvoll. Zu den Fragen nach der empfundenen Unterstützung lassen sich für die Väter der Klinikstichprobe keine Aussagen machen, da im Wesentlichen nur ein Vater geantwortet hat.

Tab. 79: Häufigkeiten der Antworten zu weiteren Kindern

Variablen zu Kindern	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Weitere Kinder (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	ja	3	60	3	60
	nein	2	40	2	40
	vor Kindsverlust geborene	2	40	3	60
	eins	1	50	3	100
	mehr als 1	1	50	0	0
	nach Kindsverlust geborene	1	20	0	0
	eins	0	0	0	0
	mehr als 1	1	100	0	0
Stiefkinder	ja	0	0	1	20
Fehl-/Totgeburt (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	noch keine Fehl-/Totgeburt	3	60	4	80
	schon einmal Fehl-/Totgeburt	2	40	1	20
	eine			1	
	mehr als 1			0	
		<b>N=2</b>		<b>N=1</b>	
	Fehl-/Totgeburt vorher	0		1	
	mehr als 1	0		1	
	Fehl-/Totgeburt nachher	2		0	
	mehr als 1				
		<b>N=2</b>		<b>N=1</b>	
	zurechtgekommen				
	gut	2		0	
	mäßig	0		1	
	schlecht	0		0	
Schwangerschaftsabbruch (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	noch keinen SSA	4	80	5	100
	ja, schon einmal	1	20	0	0
		<b>N=1</b>		<b>N=0</b>	
	SSA vorher	0			
	SSA nachher	1			
		<b>N=1</b>		<b>N=0</b>	
	zurechtgekommen				
	gut	1			
	mäßig	0			
	schlecht	0			



60% der Väter der Onlinestichprobe und der Klinikstichprobe haben weitere Kinder. 60% der Väter der Onlinestichprobe und 80% der Väter der Klinikstichprobe haben noch keine weitere Fehl-/Totgeburt erlebt. 80% der Väter der Onlinestichprobe und alle Väter der Klinikstichprobe haben noch keinen Schwangerschaftsabbruch in ihrer Partnerschaft erlebt.

Tab. 80: Häufigkeiten der Antworten zu Belastung

Variablen zu Belastung	Antworten	Online-stichprobe		Klinik-stichprobe	
		N	%	N	%
Psycho-therapeutische Behandlung (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	nein	5	100	5	100
	ja	0	0	0	0
Medikamente (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	nein	5	100	5	100
	ja	0	0	0	0
Alkoholkonsum (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	nein	0	0	3	60
	ja	5	100	2	40
	In Zusammenhang	0	0	)*	
	Kein Zusammenhang	5	100		

)\* Frage wurde nicht beantwortet

Kein Vater war/ist bisher in psychotherapeutischer Behandlung, nahm/nimmt Medikamente zur Beruhigung oder für die Stimmung. Alle Väter der Onlinestichprobe konsumieren Alkohol und geben an, dass dies nicht im Zusammenhang mit dem Kindsverlust steht. 60% der Väter der Klinikstichprobe konsumieren Alkohol, ob ein Zusammenhang zum erlebten Kindsverlust besteht, wurde nicht beantwortet.

Tab. 81: Häufigkeiten der Antworten zur Partnerschaft

Variablen zur Partnerschaft	Antworten	Online- stichprobe		Klinik- stichprobe	
		N	%	N	%
Partnerschaft zum Geburtszeitpunkt (N <sub>O</sub> = 4) (N <sub>K</sub> = 5)	ja nein	4 0	100 0	5 0	100 0
Partnerschaft besteht noch immer (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	ja nein	5 0	100 0	5 0	100 0
Einschätzung der Beziehung (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	Sehr unglücklich Unglücklich Ausgeglichen Glücklich Sehr glücklich	0 1 0 1 3	0 20 0 20 60	0 1 0 3 1	0 20 0 60 20
Hat sich Zusammenleben nach Kindsverlust verändert? (N <sub>O</sub> = 5) (N <sub>K</sub> = 5)	Verbessert Verschlechtert Keine Veränderung	0 2 3	0 40 60	2 1 2	40 20 40

\* Auf die Frage, ob der Partner auch Elternteil des verstorbenen Kindes ist, haben 55 geantwortet. Von diesen ist bei 54 der 55 Fälle der Partner auch Elternteil des verstorbenen Kindes (98,2%).

Alle Väter haben natürlich zum Geburtszeitpunkt eine Partnerschaft, diese besteht noch immer. 80% aller Väter sind mit ihrer Partnerschaft glücklich oder sehr glücklich. Zwei Väter der Klinikstichprobe geben an, dass sich ihre Partnerschaft durch den erlebten Kindsverlust verbessert hat, zwei Väter der Onlinestichprobe und ein Vater der Klinikstichprobe geben an, dass sich ihre Partnerschaft verschlechtert hat, 60% der Väter der Onlinestichprobe und 40% der Väter der Klinikstichprobe geben keine Veränderung an.

## Wie sieht das Trauererleben aus?

Im Folgenden sind die Antworthäufigkeiten der Männer der Onlinestichprobe zu den Items des Depressionsinventars wiedergegeben (N=3), da nur dieser Stichprobe das Depressionsinventar vorlag.

Tab. 82: Items des Depressionsinventars mit Antworthäufigkeiten (N=3)

Items	Häufigkeit (% an allen gültigen Antworten)	
	Ja trifft zu	Nein trifft nicht zu
1. Ich fühle mich wertlos	0	3 (100)
2. Ich blicke hoffnungslos in die Zukunft	0	3 (100)
3. Ich habe Gedanken an Selbstmord	0	3 (100)
4. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren	0	3 (100)
5. Ich habe an nichts mehr richtig Spass	0	3 (100)
6. Ich ziehe mich mehr zurück als früher	1 (33,3)	2 (66,7)
7. Ich muss mich zu allen Dingen aufraffen	0	3 (100)
8. Ich bin schneller erschöpft als früher	1 (33,3)	2 (66,7)
9. Ich schaffe weniger als sonst	0	3 (100)
10. Ich bin reizbarer als früher	2 (66,7)	1 (33,3)
11. Ich kann nicht weinen, obwohl ich es möchte	0	3 (100)
12. Morgens ist meine Stimmung schlechter als abends	2 (66,7)	1 (33,3)
13. Meine Lebensfreude hat gelitten	2 (66,7)	1 (33,3)
14. Ich habe ohne Diät mehr als 3 kg abgenommen	0	3 (100)
15. Ich könnte ständig weinen	0	3 (100)
16. Ich habe mehr Verdauungsstörungen als früher	0	3 (100)
17. Ich werde morgens wesentlich früher wach als nötig	0	3 (100)
18. Ich wache öfter auf und liege dann länger wach	0	3 (100)
19. Ich brauche längere Zeit zum Einschlafen	0	3 (100)
20. Ich habe öfter Herzbeschwerden	0	3 (100)
21. Ich bin innerlich unruhig und zittrig	0	3 (100)
22. Sex interessiert mich weniger als sonst	0	3 (100)
23. Ich habe Schuldgefühle	0	3 (100)
24. Ich habe mehr als 3 kg zugenommen	2 (66,7)	1 (33,3)
25. Ich schwitze mehr als früher	0	3 (100)
26. Ich bin total unglücklich	0	3 (100)
27. Ich bin vergesslicher als früher	1 (33,3)	2 (66,7)
Gesamtwert (diges)	M = 2,67 Md = 3	SD = 1,53    Max = 4    Min = 1

Auffällig ist die Zustimmung zu folgenden Items:

„Ich ziehe mich mehr zurück als früher“, „Ich bin schneller erschöpft als früher“, „Ich bin reizbarer als früher“, „Morgens ist meine Stimmung schlechter als abends“, „Meine Lebensfreude hat gelitten“, „Ich habe mehr als 3 kg zugenommen“, „Ich bin vergesslicher als früher“.

Im Folgenden sind die Antworthäufigkeiten der Männer der Onlinestichprobe (N=3) zu den Items der Münchner Trauerskala wiedergegeben und jeweils in der darunter liegenden Zeile zum Vergleich die Antworthäufigkeiten der Männer (N=5) der Klinikstichprobe.

Tab. 83: Items der Münchener Trauerskala mit Antworthäufigkeiten

Items	Häufigkeit (% an allen gültigen Antworten)				
	gar nicht	wenig	teils teils	ziemlich	völlig
1. Ich fühle mich wie betäubt	3 (100) 0	0 1 (20)	0 3 (60)	0 1 (20)	0 0
2. Manchmal kann ich gar nicht glauben, dass ich nicht mehr schwanger bin	/	/	/	/	/
3. Ich verspüre den Drang, mein verstorbenes Baby zu suchen	3 (100) 1 (20)	0 0	0 2 (40)	0 2 (40)	0 0
4. Ich habe das Bedürfnis, über das Baby zu sprechen	0 0	2 (66,7) 1 (20)	1 (33,3) 1 (20)	0 2 (40)	0 1 (20)
5. Ich traure um das Baby	0 0	0 0	2 (66,7) 0	1 (33,3) 1 (20)	0 4 (80)
6. Es ist ungerecht, dass ich mein Baby verloren habe	1 (33,3) 0	0 1 (20)	0 0	1 (33,3) 0	1 (33,3) 4 (80)
7. Ich vermisse das Baby	1 (33,3) 0	0 0	1 (33,3) 0	0 0	1 (33,3) 5 (100)
8. Ich rege mich auf, wenn ich an das Baby denke	2 (66,7) 3 (60)	0 1 (20)	1 (33,3) 1 (20)	0 0	0 0
9. Ich weine, wenn ich an es denke	2 (66,7) 0	1 (33,3) 0	0 4 (80)	0 1 (20)	0 0
10. Es tut mir weh, mich an den Verlust zu erinnern	0 0	1 (33,3) 0	1 (33,3) 1 (20)	1 (33,3) 3 (60)	0 1 (20)
11. Ich glaube, ich bin gut über den Verlust hinweggekommen	0 0	0 1 (20)	0 3 (60)	1 (33,3) 0	2 (66,7) 1 (20)
12. Es fällt mir schwer, mit bestimmten Menschen zurechtzukommen	1 (33,3) 1 (20)	2 (66,7) 2 (40)	0 1 (20)	0 0	0 1 (20)
13. Nach dem Tod des Babys habe ich einige Menschen enttäuscht	1 (33,3) 4 (80)	1 (33,3) 1 (20)	1 (33,3) 0	0 0	0 0
14. Ich habe mehr Ärger mit meinen Freunden und Bekannten, als ich sollte	3 (100) 4 (80)	0 0	0 1 (20)	0 0	0 0

Items	Häufigkeit (% an allen gültigen Antworten)				
	gar nicht	wenig	teils teils	ziemlich	völlig
15. Ich fühle mich schuldig, wenn ich an das Baby denke	3 (100) 4 (80)	0 1 (20)	0 0	0 0	0 0
16. Der beste Teil von mir starb mit dem Baby	3 (100) 4 (80)	0 1 (20)	0 0	0 0	0 0
17. Ich gebe mir selbst die Schuld an dem Tod	3 (100) 2 (40)	0 2 (40)	0 1 (20)	0 0	0 0
18. Ich fühle mich wertlos, seit es tot ist	3 (100) 5 (100)	0 0	0 0	0 0	0 0
19. Ich habe Alpträume vom Tod des Babys	2 (66,7) 4 (80)	1 (33,3) 0	0 0	0 0	0 1 (20)
20. Ich habe Angst, noch mal ein Baby zu verlieren	0 0	0 0	1 (50) 0	0 2 (40)	1 (50) 3 (60)
21. Ich habe Angst, kein Kind mehr bekommen zu können	2 (66,7) 3 (60)	0 0	0 0	1 (33,3) 1 (20)	0 1 (20)
Es schmerzt mich, Schwangere und Babys zu sehen	3 (100) 1 (20)	0 1 (20)	0 3 (60)	0 0	0 0
23. Mein Glaube gibt mir Halt	1 (50) 1 (33,3)	0 0	1 (50) 0	0 0	0 2 (66,7)
24. Ich spüre jetzt genauer, worauf es mir im Leben wirklich ankommt	0 1 (20)	0 0	0 2 (40)	3 (100) 0	0 2 (40)
25. Durch diese schmerzliche Erfahrung habe ich erkannt, dass es Menschen gibt, auf die ich wirklich zählen kann	1 (33,3) 1 (25)	0 0	1 (33,3) 0	1 (33,3) 0	0 3 (75)
26. Ich mache mir Sorgen darüber, wie mein Partner mit dem Verlust zurechtkommt	1 (33,3) 0	1 (33,3) 0	0 1 (20)	0 2 (40)	1 (33,3) 2 (40)
27. Es scheint mir, dass ich mich jedes Jahr um dieselbe Zeit (Todesstag, Geburtstag) aufrege	2 (66,7)	0	1 (33,3)	0	0
Gesamtwert (mtges)	M = 3,67	Md = 3	SD = 2,08	Max = 6	Min = 2

\* keine Beantwortung der Klinikstichprobe möglich

Im Allgemeinen lässt sich zwischen den Vätern der Onlinestichprobe und den Vätern der Klinikstichprobe eine deutliche Abnahme des Trauererlebens ausmachen wie es durch den unterschiedlichen Messzeitpunkt im Trauerprozess zu erwarten war. Während 80% der Väter der Klinikstichprobe zu dem Item „Ich trauere um das Baby“ mit

„völlig“ zustimmen, geben 66,7% der Väter der Onlinestichprobe ihre Zustimmung mit „teils teils“ an. Alle Väter der Klinikstichprobe vermissen das Baby, 80% empfinden es ungerecht, das Baby verloren zu haben. Die Väter der Onlinestichprobe geben an, gut über den Verlust hinweggekommen zu sein und jetzt genauer zu spüren, worauf es Ihnen im Leben wirklich ankommt.

Im Folgenden sind die Antworthäufigkeiten der Männer der Klinikstichprobe zu den Items des Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogens wiedergegeben, da nur dieser Stichprobe der Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen vorlag.

Tab. 84: Items des Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogens mit Antworthäufigkeiten

Items	Häufigkeit (% an allen gültigen Antworten)				
	stimmt nicht	stimmt ein wenig	stimmt etwas	stimmt weitgehend	stimmt vollständig
1. Ich fühlte mich hilflos.	0	0	1 (20)	3 (60)	1 (20)
2. Ich empfand Traurigkeit und seelischen Schmerz.	0	0	0	1 (20)	4 (80)
3. Ich fühlte mich frustriert und ärgerlich nicht mehr tun zu können.	0	1 (20)	0	2 (40)	2 (40)
4. Ich fürchtete mich um meine Sicherheit.	5 (100)	0	0	0	0
5. Ich fühlte mich schuldig, dass nicht mehr getan wurde.	3 (60)	1 (20)	1 (20)	0	0
6. Ich schämte mich für meine Gefühlsreaktionen.	5 (100)	0	0	0	0
7. Ich war beunruhigt über die Sicherheit der anderen.	3 (60)	0	1 (20)	0	1 (20)
8. Ich war nahe daran, die Kontrolle über meine Gefühle zu verlieren.	2 (40)	2 (40)	0	0	1 (20)
9. Ich hatte Schwierigkeiten, meinen Darm und meine Blase zu beherrschen.	4 (100)	0	0	0	0
10. Ich war entsetzt über das Geschehene.	0	1 (20)	0	0	4 (80)
11. Ich hatte Körperreaktionen wie Schwitzen, Zittern und Herzklopfen.	0	1 (20)	1 (20)	1 (20)	2 (40)
12. Ich fühlte, ich würde ohnmächtig werden.	2 (40)	2 (40)	1 (20)	0	0
13. Ich dachte, ich müsste sterben.	5 (100)	0	0	0	0

80% der Väter der Klinikstichprobe stimmten dem Item „Ich empfand Traurigkeit und seelischen Schmerz“ vollständig zu, waren entsetzt über das Geschehene, fühlten sich weitgehend frustriert und ärgerlich, nicht mehr tun zu können.

#### **4. Informationsschreiben an die Eltern zur Rekrutierung der Klinikstichprobe in der Medizinischen Hochschule Hannover**

Liebe Mutter, lieber Vater eines verlorenen Kindes,

Auch wenn Sie sicherlich im Moment genug zu tun haben, Ihren Verlust zu verarbeiten (ich kenne eine vergleichbare Situation aus eigener Erfahrung), möchte ich Sie um Ihre Mithilfe bitten.

Ich bin Dipl.-Psychologin und schreibe eine Doktorarbeit, in der es um die Frage geht, was den Eltern hilft, um diesen Verlust gut zu verarbeiten. Ich hoffe mit dieser Arbeit einen Beitrag zur besseren Unterstützung und Betreuung von Eltern mit frühem Kindsverlust leisten zu können. Dazu möchte ich Ihnen gerne eine Reihe von Fragen stellen, wobei ich bemüht bin, Ihre Zeit nicht zu sehr in Anspruch zu nehmen.

Es ist nicht ganz auszuschließen, dass durch die Befragung bei Ihnen schmerzliche Gefühle wachgerufen werden können. Sie können dann jederzeit die Befragung unterbrechen oder beenden oder wir können über diese Gefühle sprechen. Auch besteht die Möglichkeit, therapeutische Gespräche zu erhalten.

Die Untersuchung findet in Kooperation mit dem Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig und mit dem Zentrum Psychologische Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover statt. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen, auch nach dem Ausfüllen der Fragebögen, widerrufen werden. Durch eine Teilnahme / Nichtteilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Nachteile. Ihre Daten werden anonym ausgewertet, da es am Ende um allgemeine Aussagen geht. Bei Interesse informiere ich Sie gern über das Gesamtergebnis der Studie.

Weitere Fragen beantworte ich Ihnen gern.

Natürlich können Sie mich gerne anrufen oder per e-mail Kontakt mit mir aufnehmen.

Ich würde mich über Ihre Unterstützung freuen und verbleibe

mit freundlichem Gruß

Stefanie Ladewig

## **5. Informationsschreiben an die Eltern zur Rekrutierung der Onlinestichprobe über die Kliniken**

Liebe Mutter, lieber Vater eines verlorenen Kindes,

Auch wenn Sie sicherlich im Moment genug zu tun haben, Ihren Verlust zu verarbeiten, möchte ich Sie um Ihre Mithilfe bitten.

Ich bin Dipl.-Psychologin und schreibe eine Doktorarbeit, in der es um die Frage geht, was den Eltern hilft, um diesen Verlust gut zu verarbeiten. Zu diesem Thema bin ich aufgrund eigener Erfahrung durch den Verlust meines Sohnes 2004 gekommen. Ich hoffe mit dieser Arbeit einen Beitrag zur besseren Unterstützung und Betreuung von Eltern mit frühem Kindsverlust leisten zu können.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mich bei diesem Vorhaben unterstützen. Dazu habe ich unter [www.supervisionen.org](http://www.supervisionen.org) einen Fragebogen in das Internet gestellt.

Die Untersuchung findet in Kooperation mit dem Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig statt. Nach Abschluss der Untersuchung können Sie, wenn es Sie interessiert, das Ergebnis der Studie unter [www.supervisionen.org](http://www.supervisionen.org) nachlesen.

Natürlich können Sie auch per E-Mail Kontakt mit mir aufnehmen.

Ich würde mich über Ihre Unterstützung sehr freuen und verbleibe  
mit freundlichem Gruß

Stefanie Ladewig



# Lebenslauf

Name: Stefanie Ladewig,  
geb. Wortmann, gesch. Szarata  
Geburtsdatum: 08.11.1971  
Geburtsort: Hildesheim  
Staatsangehörigkeit: deutsch  
Familienstand: verheiratet, 3 Kinder

## Schulbildung

08.1978 – 07.1982 Grundschole Drispenstedt  
08.1982 – 07.1984 Orientierungsstufe Drispenstedt  
08.1984 – 07.1991 Goethe-Gymnasium Hildesheim, Abitur

## Berufsausbildung

10.1992 – 09.1995 Ausbildung zur Examinierten Krankenschwester im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Hildesheim

## Studium

01.10.1995 – 31.08.2000 Studium der Psychologie an der Technischen Universität Braunschweig, Diplom

## Berufstätigkeit

01.09.2000 – 22.09.2002 Justizvollzugsanstalt Celle-Salinenmoor, Anstaltspsychologin

23.09.2002 – 28.09.2008 Niedersächsisches Landeskrankenhaus Hildesheim, umgewandelt in Ameos Klinikum Hildesheim, Therapeutin im Maßregelvollzug

## Berufsbegleitende therapeutische Weiterbildung

28.09.2001 – 01.09.2002 Grundausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie, Braunschweig

01.03.2003 – 12.04.2008 Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Institut INITA Hannover

24.04.2008 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin

## Selbstständigkeit

Seit 01.10.2008 Niederlassung in eigener Psychotherapiepraxis mit Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Brickelweg 2, 31157 Sarstedt